

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

PHILIPPE SEE

né le 9 Janvier 1925 à Paris (16ème)

Ancien Interne des hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

LA CURE DE SOMMEIL DANS LA MALADIE ULCEREUSE

Président de Thèse : Monsieur le Professeur André LEMAIRE

Editions A.G.E.M.P.

5

2

20

14

11

(7)

11

11

11 11

11 11

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : SEE

Prénom : Philippe

Date de soutenance :

N°

1

SEE Philippe
La cure de sommeil dans
la maladie ulcéreuse.
Thèse Med. Paris 1955
N°
Dact. in 4° 54 p.
Editions A.G.E.M.P.

2

SEE Philippe
La cure de sommeil dans
la maladie ulcéreuse.
Thèse Med. Paris 1955
N°
Dact. in 4° 54 p.
Editions A.G.E.M.P.

3

SEE Philippe
La cure de sommeil dans
la maladie ulcéreuse.
Thèse Med. Paris 1955
N°
Dact. in 4° 54 p.
Editions A.G.E.M.P.

4

SEE Philippe
La cure de sommeil dans
la maladie ulcéreuse .
Thèse Med. Paris 1955
N°
Dact. in 4° 54 p.
Editions A.G.E.M.P.

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

PHILIPPE SEE
né le 9 Janvier 1925 à Paris (16ème)
Ancien Interne des hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

LA CURE DE SOMMEIL DANS LA MALADIE ULCEREUSE

Président de Thèse : Monsieur le Professeur André LEMAIRE

Editions A.G.E.M.P.



DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOIN, ERINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GOUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN..... Léon BINET.
(membre de l'Institut)

ASSEESSEUR..... Jean VERNE.

I - PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	CORDIER (G.)
Anatomie Pathologique.....	DELARUE (A.)
Bactériologie.....	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAMET-BERT (F.)
Biologie Médicale.....	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale.....	HUGUENIN (R.)
Carcinologie.....	OBERLING (C.)
Chimie médicale.....	N...
	(Hôtel-Dieu..... BROGQ (P.)
Cliniques	{ Broussais..... DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Chirurgicales	{ Salpêtrière..... MONDOR (H.)
	{ Cochin..... QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique ...	MERLE D'AUBICNE (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E)
Clinique de Chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M)
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de Puériculture	LELONG (M)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (F)
	{ Hôtel-Dieu
Cliniques	{ Bichat
médicales	{ Cochin
	{ Broussais
Clinique médicale d'Hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON (L)
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR VALLERY-RADOT (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (L)

Cliniques	{ Tarnier	LANTUEJOL (P)
obstétricales	{ Baudelocque	LEVY-SOLAL (E)
Clinique ophtalmologique	{ Port-Royal	LACOMBE (M)
Clinique oto-rhino-laryngologique		VELTER (E)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)		AUBIN (A)
Clinique psychiatrique infantile		RICHET (C)
Clinique rhumatologique et sociale		HEUYER (C)
Clinique stomatologique		COSTE (F)
Clinique thérapeutique chirurgicale		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale		SENEQUE (J)
Clinique urologique		LEMAIRE (A)
Embryologie		FEY (B)
Génétique		GIROUD (A)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		LAMY (M)
Histologie		MOUQUIN (M)
Hygiène et Clinique de première enfance		CHAMPY (C)
Hygiène et médecine préventive		CATHALA (J)
Médecine du Travail		JOANNON (C)
Médecine Légale		DESOILLE (H)
Parasitologie et histoire naturelle médicale		PIEDELIEVRE (R)
Pathologie chirurgicale		GAILLARD (H)
Pathologie exotique		MENEGAUX (G)
Pathologie expérimentale et comparée		LAVIER (G)
Pathologie humorale et immunologique expérimentale (Chaire à titre personnel)		LENEGRE (J)
Pathologie médicale		MERKLEN (F.P.)
Pathologie et thérapeutique générales		BARIETY (M)
Pédiatrie sociale		GARCIN (J)
Pharmacologie et matière médicale		MARIE (J)
Physico-Chimie médicale (Chaire à titre personnel) ..		HAZARD (R)
Physiologie		DOGNON (A)
Physique médicale		BINET (L)
Radiologie médicale		STROHL (A)
Technique chirurgicale		DESGREZ (H)
Thérapeutique		MOULONGUET (P)
		TURPIN (R)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomic	(DEBEYRE (J)
Anatomic Pathologique	(DEIMAS (A) Pr.s.ch.
	(N...
	(GAUTHIER-VILLARS
	(Mlle P. Pr.s.ch.
	(BUSSE (F)
	(GOUGOU C)
Bactériologie	(FASQUELLE (R)
	(NEVOT (A)
Biologie Médicale	(BOURLIERE (F)
Chimie Médicale	(ETTORI (J) Pr.s.ch.
	(JAYLE (M.F.) Pr.s.ch.
	(SCHAPIRA (G)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (F)

Histologie	(BULLIARD (H) Pr. s. ch. (COUJARD (R) (N ...
Hydrologie	DEBRAY (C)
Hygiène	(BOYER (J) (DEPARIS (M)
Médecine Légale et du Travail	(DEROBERT (L) (GAULTIER (M) (HADENCUE (A)
Neuro-Chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	SEZE (S. de)
Obstétrique	(CRASSET (J) (LEPAGE (F) (MAYER (M) (MERGER (R) (MORIN (P) (RAVINA (J) (VARANGOT (J)
Ophtalmologie	(OFFRET (G) (DESVIGNES (P)
Orthopédie	JUDET (R)
Oto-Rhino-Laryngologie	(HALPHEN (E) Pr.s.ch. (AUBRY (M) (MADURO (R)
Parasitologie	(DRUMPT (L) CHABAUD (A)
Pathologie chirurgicale	(ABOULKER (P) (BAUMANN (J) (GOSSET (J) (HUGULER (J) (LAURENCE (G) (LEGER (L) (LORTAT-JACOB (J) (OLIVIER (Cl) (PADOVANI (P) (PCILLEUX (M) (ROUX (M) (RUDLER (J.C.) (VERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale	N....
Pathologie médicale	BERNARD J. (BOUDIN (G) (CASTAIGNE (P) (COMTE (M) (DECOURT (J) (DOMANT (A) (DREYFUS (Gilbert) (FAUVERT (R) (HAMBURGER (J) (KOURILSKY (R) (LAMOTTE (M) (LAROCHÉ (C) (MILLIEZ (P) (PEQUIGNOT (H) (PERRAULT (M) (RAMBERT (P) (THIEFFRY (St) (TURIAF (J)

Pédiatrie	(JOSEPH (R)) (LAPLANE (R)) (E...)
Pharmacologie	(LEVY (Mlle J.) Pr.s.ch. (CHEYMOL (J.H.) Pr.s.ch. (BARGETON (D) Pr.s.ch. (PARROT (J.L.)
Physiologie	(DJOURNO (A) Pr.s.ch. (GOUGEROT (L)
Physique Médicale	KREIS (B) BARUK (H)
Pneumo-Phtisiologie	MICHAUX (L) (CERNEA (P) (CHAPUT (Mme A)
Psychiâtrie	PERRAULT (chargé de l'enseignement)
Psychiâtrie infantile	KUSS (R)
Stomatologie	
Thérapeutique	
Urologie	

III - PROFESSEURS HONORAIRES
ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. BRINDEAU (A) (Obstétrique), GATELLIER (J) (Clinique Chirurgicale),
LE LORIER V (Obstétrique), VAUDESCAL (R) (Obstétrique).

IV - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

	MM.
Clinique Chirurgicale	AMELINE (A) PATEL (J) SICARD (A)
Clinique Médicale	BROUET (G) CACHERA (R) HAGUENEAU (M) Pr.s.ch. MARCHAL (G) SOULIE (E)
Clinique Obstétricale	ECALLE (G)
Clinique Ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique Urologique	COUVELAIRE (R)

	MM.
Secrétaire Général de la Faculté	MOREL (J)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G)

Conservateur, chargé de la direction	Docteur HAHN (A)
Conservateur	Mlle GOICHON
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE (P), LE NOIR (G), METIN (F), QUIEVREUX (E).

Par délibération en date du 9 Déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MON MAITRE MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRE LEMAIRE

Professeur de Clinique Thérapeutique
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu accepter la
Présidence de ma thèse
Qu'il trouve ici l'expression
de mes respectueux hommages et
de mon admiration.

A MON MAITRE LE DOCTEUR CATTAN

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse
Hommage de respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRUMUSAN

Médecin-Assistant de l'Hôpital Saint-Antoine

Qui a bien voulu me guider dans
ce travail
Ma plus sincère reconnaissance

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE : Monsieur le Professeur Noël FIESSINGER (In memoriam)
Monsieur le Professeur MONDOR
Monsieur le Docteur PERON
Monsieur le Docteur SAUVE

EXTERNAT : Monsieur le Docteur BOLGERT
Monsieur le Docteur CATINAT
Monsieur le Professeur agrégé André SICARD
Monsieur le Professeur agrégé SOULIE
Monsieur le Docteur WEISSMANN-NETTER

INTERNAT
PROVISoire Monsieur le Docteur NICAUD (In memoriam)
Monsieur le Docteur POLLET

INTERNAT : Monsieur le Docteur ALBEAUX-PERNET
Monsieur le Docteur BOLTANSKY
Monsieur le Docteur CAROLI
Monsieur le Docteur CATTAN
Monsieur le Professeur Agrégé GILBERT-DREYFUS
Monsieur le Professeur LEMAIRE
Monsieur le Docteur SALLET
Monsieur le Docteur SCHWOB
Monsieur le Docteur SIGUIER

I N T R O D U C T I O N

Déjà riche de multiples ressources qui, pour la plupart, avaient fait la preuve de leur efficacité, la thérapeutique de la maladie ulcéreuse semblait assez bien codifiée jusqu'à une époque récente qui vit l'avènement de la cure de sommeil et ses premières applications à l'ulcère. S'il était de règle de ne pas négliger le facteur nerveux dans un traitement bien conduit, on n'était jamais allé jusqu'à ne s'adresser qu'à lui et à escompter la guérison par une attitude dirigée contre lui seul. Pourtant, à la lumière de cas qui se sont multipliés de nos jours, force est de reconnaître la part jusque là insoupçonnée du système nerveux central dans la genèse de la maladie ulcéreuse, et le bien-fondé de données, qui, purement théoriques au départ, devaient aboutir à des conclusions pratiques, dont on ne saurait nier l'importance. Ces bases théoriques sont nées de courants d'idées, qui se sont faits jour depuis le début du siècle, et qui ont permis de dégager, de la multitude des entités cliniques jusque là nettement définies, la notion de maladie de système.

De tout temps en effet, les chercheurs se sont attachés à une analyse toujours plus minutieuse des phénomènes morbides, et à l'individualisation d'un nombre toujours croissant d'affections; mais longtemps privés des progrès techniques dont nous disposons actuellement, ils ne devaient compter que sur leur seule capacité d'observation, et l'on sait tout ce dont la clinique est redevable à l'école Française. Si remarquable qu'il soit, cet enrichissement séméiologique semblait s'être effectué au détriment d'oeuvres de synthèse, qui avaient déjà fait leurs preuves dans les disciplines réputées plus exactes, dont le but est de rechercher l'un sous le multiple, l'immuable sous le changeant.

Le laboratoire vint alors apporter le concours de ses méthodes physico-chimiques, et ajouter aux manifestations

apparentes si diverses de la maladie une projection biologique plus précise mais aussi plus constante, au sein de laquelle on était en droit de rechercher ces "faits communs" propres à rapprocher des affections aussi dissemblables soient-elles. De fait ne devait-on pas tarder à considérer le "terrain" comme ce "dénominateur commun", et à préférer au concept selon lequel le polymorphisme des agressions conditionne le polymorphisme des réponses, l'hypothèse d'une identité des réactions de l'organisme dans de nombreuses circonstances, normales ou pathologiques.

C'est à WIDAL et à son école que l'on doit les premiers travaux dans ce sens, qui aboutirent à la connaissance de l'allergie : mode réactionnel particulier d'un organisme préalablement sensibilisé à des agents variés, et se traduisant, derrière les manifestations apparentes, les plus protéiformes, par des troubles humoraux constants. Ainsi en vint-on à rapprocher des affections aussi disparates que l'asthme, l'urticaire, l'entérocolite muco-membraneuse et à les faire bénéficier de thérapeutiques non spécifiques agissant, non pas vis-à-vis de l'agent vulnérant, mais comme modificateurs du terrain.

Les années passèrent et c'est pourtant dans le même ordre d'idées que devaient s'orienter SELYE et ses collaborateurs, à cela près que leur point de vue paraît encore plus général. En définissant l'adaptation, ils désignaient les réactions provoquées par un stress - c'est-à-dire une perturbation prise au sens le plus large du mot, quelque soit sa nature et son mode d'activité -; et ils fondaient le syndrome général de l'adaptation sur une réponse cortico-surrénale obligée dont le dérèglement, sous l'effet de stress accumulés, était à l'origine de toute une série de troubles sans liens apparents : rhumatisme, hypertension artérielle, asthme bronchique... l'allergie figurant ainsi comme une des formes viciées de l'adaptation.

La conception de SELYE pourrait être considérée comme la plus vaste tentative de généralisation s'il ne fallait compter avec un courant d'idées particulièrement fécond dont la portée est encore plus large, car il rend une juste place au système nerveux central dans l'activité normale et dérégulée du sujet. Cette théorie a cela de commun avec la précédente qu'elle accorde la prépondérance au terrain et non à l'agresseur, et rend compte de bon nombre d'affections classées ailleurs comme maladies de l'adaptation. Mais ne réduisant pas le problème au simple fait d'un désordre surrénal, elle a le mérite de situer l'homme par rapport à son milieu et d'expliquer, par une activité corticale anormale, les anomalies que peuvent engendrer les stimuli les plus variées.

Etendant au comportement humain, les solides travaux physiologiques de PAVLOV, les auteurs Russes en vinrent ainsi à individualiser toute une série de "maladies cortico-viscérales" qui comprenaient, comme dans les autres essais, les entités les plus dépourvues apparemment de points communs. Celles-ci allaient bénéficier de thérapeutiques nouvelles à visée essentiellement corticale qui ne devaient pas tarder à faire montre de leur efficacité, affirmant par là-même de façon éclatante la nature éminemment neurogène de nombre d'affectkns que les classiques étaient bien loin de considérer ainsi.

C'est dans ces conditions, que l'on fut amené à voir dans la maladie ulcéreuse autre chose qu'un trouble purement local ou régional, à lui reconnaître une origine cortico-viscérale, et à lui appliquer la cure de sommeil, type même des traitements découlant de la conception pavlovienne. Disons d'emblée qu'il serait audacieux de voir dans l'ulcère le modèle de la pathologie cortico-viscérale et de considérer la cure de sommeil comme sa médication préférentielle. Nous verrons en effet que si la théorie de PAVLOV a jeté un jour nouveau sur la pathogénie de l'ulcus, elle est loin de rendre compte de tous les

faits rencontrés et que si la cure de sommeil nous a procuré des résultats spectaculaires, on se gardera bien de méconnaître ses échecs et de poser à la légère ses indications.

Après avoir tracé un aperçu général de la théorie de PAVLOV, et défini la pathologie cortico-viscérale, nous essaierons de légitimer l'admission de l'ulcère dans son cadre, et par là-même son traitement par l'hypnothérapie. Puis, nous passerons en revue les principaux faits qu'il nous a été donné d'observer dans le service de notre maître le Docteur CATTAN, et à la lumière de l'expérience acquise, nous tenterons de préciser les conditions dans lesquelles cette thérapeutique peut être utilement proposée.

Aperçu de la théorie de PAVLOV et de la pathologie cortico-viscérale

Selon PAVLOV, le système nerveux central trouve l'unité de son fonctionnement dans une activité réflexe, celle-ci s'exprimant :

- d'abord par un travail d'analyse portant sur le stimulus déclenchant;
- puis par un travail de synthèse qui transmet les résultats de cette analyse à des neurones effecteurs, moteurs ou viscéraux.

Cette loi est valable pour tous les secteurs du système nerveux central, mais présente des variantes suivant l'étage envisagé.

1°/ Au niveau de la moelle épinière, l'analyse ne porte que sur un nombre restreint de stimuli, et les voies effectrices sont limitées à quelques neurones, le tout conférant à la réponse un caractère quasi inéluctable. A ces réflexes médullaires qui sont innés, constants et immuables, convient l'appellation de réflexes absolus que leur a donné PAVLOV.

2°/ Au niveau du cortex, des stimuli d'une extrême diversité parviennent à un grand nombre d'analyseurs dont les conclusions s'acheminent suivant les voies effectrices les plus variées, le choix de la direction dépendant des conditions dans lesquelles le réflexe est établi. Ces réflexes corticaux qui ne sont ni innés ni automatiques, mais acquis et variables, répondent aux réflexes conditionnels de PAVLOV : c'est par eux que le cortex assure l'adaptation de l'individu aux multiples excitations dont il est l'objet.

3°/ Entre la moelle épinière et le cortex, l'étage sous-cortical est le siège d'un riche réseau réflexe qui lui est propre, mais dont l'activité s'apparente à celle des réflexes absolus.

Aussi différents que puissent paraître les réflexes conditionnels et les réflexes absolus, leur unité physiologique n'en est pas moins affirmée par l'identité des lois qui les régissent. Dégagées par SHERRINGTON pour l'étage médullaire, par PAVLOV pour l'étage cortical, de sont :

- la loi de l'excitation et de l'inhibition
- la loi de l'irradiation et de la concentration des processus nerveux
- la loi de l'induction réciproque.

Chez un sujet normal, les fonctions de la vie de relation sont régies par tout un cortège de réflexes conditionnels cortico-somatiques dont la tonalité dépend : d'une part des stimuli exteroceptifs issus du milieu qui l'entoure; d'autre part du développement de sa corticalité et de ses récepteurs périphériques.

Ces réflexes conditionnels, lentement acquis au cours de l'ontogénèse, assurent la mise en jeu harmonieuse de l'activité motrice du sujet.

Mais à aucun moment les réflexes conditionnels ne prennent les caractères de réflexes absolus, autrement dit aussi immuablement répétés que soient les stimuli qui en ont été à l'origine, les réflexes conditionnels n'en restent pas moins aptes à se métamorphoser si les circonstances extérieures viennent à changer.

Dans quelles conditions s'établit alors un nouveau réflexe conditionnel?

Alors que le déclenchement d'un réflexe conditionnel préexistant suppose un stimulus connu, des analyseurs définis et une voie effectrice éprouvée, l'établissement d'un nouveau circuit conditionnel sous l'action d'un stimulus inhabituel implique la détermination de voies effectrices nouvelles, qui ne trouvent leur orientation qu'après un temps variable durant lequel l'excitation s'épuise dans deux directions :

1°/ d'une part, selon une diffusion purement corticale : ce sont les réflexes cortico-idéatoires, substratum physiologique de ce que les psychologues désignent par association d'idées : la pensée, dans l'hypothèse de PAVLOV, étant la manifestation d'un travail effectué par des analyseurs préfrontaux spéciaux;

2°/ D'autre part, selon une diffusion viscérale : ce sont les réflexes corticaux-viscéraux qui, associés à une participation cortico-somatique parasite constituent le substratum physiologique des états émotionnels.

Ainsi les réflexes cortico-idéatoires et corticaux viscéraux, sont les réponses provisoires à des stimuli qui n'ont pas encore induit de réponse motrice appropriée; la pensée et l'émotion par lesquelles ils s'expriment sont donc des états préconditionnels.

Inversement, les organes internes, qui peuvent subir les effets du cortex sont à même de retentir sur lui grâce à la riche innervation sensitive dont ils sont pourvus. Contrairement aux données classiques concernant l'autonomie du système nerveux végétatif, il est actuellement démontré que celui-ci s'intègre dans le système nerveux central et que la signalisation interoceptive se réfléchit non seulement sur les centres locaux et régionaux, mais aussi sur les centres encéphaliques. Normalement, les fonctions de la vie végétative ne sont pas conscientes car les incitations dont elles sont le point de départ n'atteignent pas le cortex. Elles aboutissent au diencephale qui apparaît comme le centre de coordination des viscères en vue de l'équilibration des grandes fonctions de l'organisme. Elles ne dépassant le diencephale et ne gagnent les centres corticaux que dans deux ordres de circonstances :

1°/ Lorsque ces centres sont doués d'une réceptivité anormale du fait, comme nous le verrons, de modifications fonctionnelles préalables.

2°/ Lorsque les stimuli interoceptifs revêtent un caractère particulier d'intensité.

BYKOV a précisé le rôle du cortex "intéressé" de la sorte à la vie végétative, et montré que tous les organes internes ont leur représentation dans les hémisphères cérébraux. Les incitations qui en émanent sont alors à même de développer une réaction corticale à triple visée idéatoire, somatique et viscérale, le contrôle cortico-viscéral s'exerçant, comme pour les autres réflexes, soit par une excitation ou "mécanisme de mise en marche", soit par une inhibition ou "mécanisme de correction". (KOURTZINE)

En résumé, un sujet normal est doué d'une activité réflexe conditionnelle qui assure son adaptation aux sollicitations ou aux agressions du milieu qui l'environne, grâce à toute une gamme de réflexes cortico-somatiques, qui peuvent être indéfiniment reproduits tout en gardant la faculté de se modifier au gré des circonstances extérieures. Ces réflexes cortico-somatiques diffèrent des réflexes cortico-viscéraux en ce que ces derniers n'interviennent que de façon éphémère, à titre soit d'états préconditionnels, soit de réponses corticales aux stimuli interoceptifs anormaux. Quoiqu'il en soit, le pouvoir d'adaptation dont fait montre le cortex suppose une plasticité neuronale permettant, grâce à une capacité d'excitation et d'inhibition suffisante, l'établissement de liaisons conformes aux besoins et aux possibilités de l'organisme.

Pour rendre compte du comportement de celui-ci dans la mesure où il est à partie liée aux multiples incitations qui le sollicitent, une juste place est ainsi rendue au système nerveux, "instrument extrêmement complexe et délicat des rapports des différentes parties de l'organisme entre elles, et de l'organisme avec le nombre infini des influences extérieures". (PAVLOV).

Connaissant les conditions dans lesquelles s'exerce l'activité réflexe conditionnelle normale et sa constitution de nouveaux circuits propres à s'adapter aux circonstances

changeantes de la vie, il importe de préciser les bases physio-pathologiques de ces adaptations viciées qui sont à l'origine des aspects si polymorphes de la pathologie cortico-viscérale.

Ainsi qu'il ressort des travaux des auteurs russes, on peut considérer d'une façon générale que ces troubles sont liés à une incapacité réactionnelle du cortex, à un défaut de plasticité neuronale que nous avons vue inséparable de son pouvoir d'adaptation. Multiples sont les modalités, selon lesquelles cette insuffisance corticale est susceptible de se manifester mais, dans la grande majorité des cas, les troubles s'observent toutes les fois qu'un cortex est soumis à une surcharge nerveuse qui dépasse les capacités de réactivité.

- Cette insuffisance corticale peut être constitutionnelle. Parmi les quatre types de corticalité définis par PAVLOV, il en est deux qui sont génériquement déséquilibrés et répondent aux "écorces faibles" : chez les animaux appartenant à ces catégories, il est facile de reproduire expérimentalement des perturbations analogues à celles observées en clinique humaine.

- Indépendamment de ces états de faiblesse constitutionnelle, peut s'observer un affaiblissement acquis de l'écorce cérébrale. Les perturbations métaboliques ou hormonales, la sénescence, diverses intoxications en sont parfois la cause.

PAVLOV l'a observé chez le chien thyroïdectomisé, PETROVA chez le chien castré, GAGIAN chez l'animal surrénaléctomisé : précisons à cet égard que l'ablation des deux tiers des surrénales se répercute très rapidement sur le fonctionnement cérébral, tel qu'une corticalité de type fort au moyen acquiert les caractères du type faible.

- Enfin, en l'absence de tout déficit préalable, un cortex initialement normal peut présenter des signes d'épuisement pendant un temps plus ou moins long, sous l'effet de stimuli extéroceptifs ou interoceptifs accumulés. Les

conditions trépidantes de la vie moderne, le surmenage, les chocs affectifs, fournissent de toute évidence les conditions idéales d'une telle surcharge nerveuse, de même que les troubles viscéraux et toutes les difficultés de maintien de l'équilibre des grandes fonctions physiologiques. Notons à cet égard, la sensibilité spéciale que présente la femme et qui rend compte de la prédisposition féminine aux affections cortico-viscérales.

Quelles que soient les causes de son apparition, l'insuffisance corticale se traduit par un dérèglement dans l'établissement des circuits réflexes conditionnels, selon des modalités qui s'avèrent les mêmes expérimentalement chez l'animal et cliniquement chez l'homme : elles ont été décrites par WEDENSKI, sous le nom de parabiose et s'appliquent à tout le système nerveux en général.

Dans les conditions normales de l'existence, le degré d'irritation des cellules nerveuses - tout-au-moins pour les processus, qui ne sont pas trop violents - proportionnel à l'intensité des stimuli. Cet équilibre est rompu en cas de parabiose, qui présente trois phases de gravité croissante :

- 1°/ Une phase d'égalisation, où tous les excitants, quelle que soit leur force, donnent le même degré d'irritation;
- 2°/ Une phase paradoxale, où un agent détermine une irritation moindre qu'un agent léger;
- 3°/ Une phase ultra-paradoxale, où les excitants positifs déterminent une inhibition, l'inverse étant obtenu par les excitants négatifs.

De la sorte, la parabiose apporte aux fonctions positives déterminent une inhibition, l'inverse étant obtenu par les excitants négatifs.

De la sorte, la parabiose apporte aux fonctions d'analyse corticale une perturbation profonde. L'activité réflexe dérégulée qu'elle engendre n'est plus appropriée aux besoins de l'organisme par suite de l'incapacité corticale à déterminer les voies motrices adaptées aux stimuli: il en résulte un vice d'aiguillage persistant des réponses dans des secteurs qui, normalement, ne devraient subir

qu'un ébranlement préconditionnel passager.

1°/ S'épuisant dans le secteur cortico-idéatoire, les stimuli, au lieu de déclencher l'activité réfléchie d'une écorce suffisante, développent dans un cortex en parabiose une activité désordonnée, une "névrose corticale". Elle a été reproduite expérimentalement chez l'animal par PAVLOV et PETROVA, et rend compte en clinique humaine de nombreux troubles observés en psychiâtrie.

2°/ Diffusant dans le secteur cortico-viscéral, les stimuli, qui normalement ne devraient créer qu'un état émotionnel précédant de peu l'établissement des liaisons cortico-somatiques efficaces, entretiennent dans cet état d'inaadaptation traînante, un tonus exagéré du système végétatif, réalisant une "névrose cortico-viscérale". PETROVA en a donné des illustrations fort intéressantes en provoquant ainsi chez le chien des perturbations fonctionnelles complexes, des altérations articulaires, des lésions cutanées, et même des néoformations tumorales. Les mêmes notions demeurent applicables si l'on passe du laboratoire à la clinique.

Inversement le dérèglement viscéral ainsi provoqué retentit à son tour sur le cortex du fait, d'une part d'une signalisation interoceptive excessive, d'autre part d'une réceptivité anormale du cortex soumis aux lois de la parabiose. Celle-ci se trouvant aggravée par les troubles qu'elle engendre, il s'ensuit un véritable cercle vicieux, qui tend à perpétuer l'état morbide et explique l'extrême sensibilité des malades à tout agresseur.

On voit donc que la pathologie cortico-viscérale découle de la pérennisation des états préconditionnels auxquels la parabiose imprime un dimorphisme notable. Indépendamment des désordres cortico-idéatoires qui peuvent l'accompagner, elle s'exprime par une surtension dans le domaine de la vie végétative propice aux troubles fonctionnels puis lésionnels; On conçoit qu'une thérapeutique

rationnelle de ces états vise à rompre les circuits noci-
ceptifs ainsi élaborés, soit en supprimant les stimuli
déclenchants, soit en diminuant la réceptivité du cortex :
tel est le but recherché par diverses thérapeutiques,
notamment les rééquilibrateurs nervins, et la cure de
sommeil.

MALADIE ULCEREUSE ET PATHOLOGIE CORTICO-VISCERALE

Avant d'aborder l'étude des observations d'ulcères soumis à la cure de sommeil et de discuter les indications d'un tel traitement d'après les résultats dont nous avons été témoin, il convient de légitimer l'intégration de la maladie ulcéreuse dans le cadre des affections cortico-viscérales en nous reportant aux arguments fournis par la clinique, l'expérimentation et l'anatomie pathologique. Il n'est pas dans notre dessein de retracer la pathogénie de l'ulcus - qui a été l'objet d'innombrables travaux et déborde de beaucoup notre sujet - ni d'apprécier l'incidence de tous les facteurs qui ont été invoqués à l'origine de la maladie, mais seulement de montrer que, dans bon nombre de cas celle-ci ressort de la pathologie cortico-viscérale. Ainsi est-on amené à porter l'attention sur le facteur nerveux, dont l'importance réside dans les deux points suivants :

1°/ D'une part, il semble régir la plupart des autres facteurs incriminés, sécrétoire et vasculaire notamment;
2°/ D'autre part, il peut être reproduit par un désordre apporté à l'innervation sensitivo-motrice de l'estomac quelque soit son niveau - ainsi qu'il résulte de nombreux travaux, dont certains sont devenus classiques - mais aussi par une dysrégulation corticale : ce que prouve l'étude du comportement réflexo-conditionné réalisé expérimentalement chez l'animal.

La participation nerveuse au processus ulcérogène a été reconnue de longue date et fait l'objet de multiples rapports depuis le jour où, le premier semble-t-il, RCKITANSKY notait la coexistence de lésions nerveuses et de "gastromalacies". Puis les observations s'accumulèrent, dont celles d'HOFFMAN, BENEKE, KORST, LEPINE - faisant état de lésions encéphaliques et ulcères associés -

et celles de SCHULLER, EXNER et SCHWARZMANN, qui apparentaient l'ulcère gastrique à un trouble trophique d'origine médullaire. S'il est encore trop tôt pour que ces auteurs aient vu dans ces faits autre chose que des coïncidences, il n'en est pas moins vrai qu'en recelant une interprétation en puissance, ces faits constituent une étape transitionnelle entre l'époque où l'ulcère était considéré comme un trouble essentiellement local, et celle où l'on devait lui attribuer des causes régionales, centrales ou générales.

Puis les travaux devinrent plus nombreux, qui invoquèrent le rôle du système nerveux à tous ses étages dans le déterminisme de l'ulcère, en même temps que se précisait la physiologie de l'estomac normal sous l'angle de son innervation sensitivo-motrice et des rapports de celle-ci avec les différentes fonctions gastriques. Bénéficiant des recherches expérimentales et anatomo-pathologiques concernant le siège des centres régulateurs de ces fonctions, la maladie ulcéreuse n'allait pas tarder à être rapportée à une perturbation de l'un ou l'autre de ces centres, un lien de franche causalité apparaissant entre elle et ces troubles neurogènes si longtemps considérés comme purement contingents.

I - La primauté fut d'abord accordée à l'innervation périphérique de l'estomac, assurée par le couple pneumo-gastrique-sympathique, qui s'offrait plus aisément que tout autre à l'expérimentation. Disons d'emblée que celui-ci apparaît comme l'intermédiaire obligé de toutes les actions s'exerçant sur l'estomac par le truchement du système nerveux et que, si discussion il y a, elle concerne le rôle respectif du sympathique et du parasympathique dans la régulation des différentes fonctions gastriques et dans l'élaboration des états propices à l'ulcérogénèse.

La responsabilité du pneumogastrique devait en premier retenir l'attention des chercheurs dès que fut connue

son action physiologique normale sur la sécrétion, la motricité, la tonicité et la vascularisation de l'estomac. L'accalmie procurée par les solanées au cours de nombreux syndromes douloureux épigastriques, connue de longue date, devait rapidement être attribuée à une paralysie exercée au niveau des terminaisons du vague. Il n'en fallait pas plus pour que VON BERGMANN érigât en théorie sa conception de l'origine vagotonique de l'ulcère, qu'il considérait comme lié à une hypertonie pathologique de la 10ème paire.

De fait, si le vague a une place déterminante dans le comportement d'un estomac sain, son rôle n'est pas moindre dans la physiologie de l'estomac ulcéreux. De même la vagotonie, dont les effets normaux avaient naguère été précisés par BRODIE, WOOD, WARE, CLAUDE BERNARD et SEDILLOT, ne devait pas se révéler inférieure sur un estomac pathologique. Ainsi, après qu'EXNER, en 1911, eût réalisé une vagotomie tronculaire pour crise gastrique du tabès, - COTTE, LATARJET et WERTHEIMER, en 1920, tentèrent dans quelques cas d'ulcères la section des filets nerveux le long des petites et grandes courbures de l'estomac; - PIERI revint aux mêmes fins à la vagotomie pure; - DRAGSTEDT et OWENS enfin, en 1943, pratiquèrent les premiers, avec de bons résultats, la vagotomie double par voie transthoracique. Selon DRAGSTEDT, le principal effet recherché par la section des vagues est une réduction de la sécrétion gastrique pathologiquement viciée et éminemment en cause, selon lui, dans le processus ulcérogène par suite d'une diminution de la résistance tissulaire et d'une auto-digestion gastrique.

Nous ne saurions sous-estimer l'intérêt pratique d'une telle intervention dont les indications sont actuellement bien codifiées. Mais indépendamment du fait que la plupart des expériences destinées à reproduire l'ulcère par irritation prolongée du pneumogastrique se sont soldées par un échec, il semble infiniment discutable

de voir la maladie se résumer à une altération primitive des vagues. Certes, on leur a reconnu à maintes reprises un certain nombre de modifications anatomiques :

- épaississement des gaines périneurales (PERMAN)
- nette tendance proliférante au voisinage de l'ulcus (ASKANAZY)
- périnévrite et proliférations neuromateuses dans le tissu cicatriciel de l'ulcère (OKKELS)

mais il n'est pas nécessaire de souligner combien ces lésions sont inconstantes et manquent de spécificité.

De plus certains points sont discordants. Si les effets anti-ulcéreux de la vagotomie sont amplement démontrés par de nombreuses constatations cliniques et expérimentales, ne peut-on aboutir à l'inverse et observer, comme dans l'expérience de VON IZEREN chez le lapin, un ulcère chronique après section sous-diaphragmatique des vagues?

Le rôle du sympathique devait à son tour être pris en considération, et de nombreuses altérations anatomiques, rapportées par LARUELLE et REUMONT, furent décrites au niveau des centres spinaux, des ganglions prévertébraux, du plexus solaire et des plexus de MEISSNER et d'AUERBACH. Ici encore l'expérimentation est discordante. Si des ulcères ont pu être réalisés par excitation prolongée des splanchniques, il existe également un effet protecteur exercé par le sympathique vis-à-vis d'un para-sympathique maintenu en hyperactivité. De son côté J. GOETHALS-BORIN rapporte des améliorations consécutives à l'énervation du système ortho-sympathique de l'estomac et du duodénum pour maladie ulcéreuse. Mais, surtout on doit s'appuyer, pour affirmer la part du sympathique dans la genèse des ulcérations gastriques, sur les travaux expérimentaux maintenant classiques de REILLY. Rappelons, qu'en 1935, cet auteur montrait qu'une simple irritation mécanique, physique ou biologique du nerf splanchnique

gauche détermine en quelques secondes l'apparition de troubles vaso-moteurs et nutritionnels au niveau de la muqueuse gastrique; si l'on maintient une irritation prolongée du sympathique abdominal, celle-ci peut engendrer des raptus vasculaires, des érosions et même de véritables lésions ulcératives gastriques. Déjà, en 1915, à la Mayo Clinic, LUIGI DURANTE avait provoqué, par un protocole expérimental voisin, des lésions vasculaires intenses au niveau de la muscularis mucosae; mais, c'est à REILLY qu'il revient d'avoir pleinement élucidé le rôle déterminant que peut jouer le sympathique, sous l'influence des agressions les plus diverses, dans l'apparition d'hémorragies ou ulcérations gastriques.

En résumé, l'innervation périphérique de l'estomac et du duodénum est certainement intéressée par les perturbations si polymorphes d'où peut naître la maladie ulcéreuse; encore importe-t-il de situer exactement les circonstances qui président à sa participation.

1°/ On ne peut incriminer l'hégémonie absolue de l'un ou l'autre système, sympathique ou parasympathique, à l'exclusion du système antagoniste. Aussi bien le fonctionnement d'un estomac normal est assuré par une synergie harmonieuse para et orthosympathique, aussi bien les troubles sécrétoires et trophiques qui régissent l'éclosion de l'ulcère sont sous la dépendance d'une rupture de cet équilibre, quelle que soit la part respective que prennent alors les deux éléments du couple.

2°/ Le désordre qui détermine cette dysharmonie est plus fonctionnel qu'anatomique, plus secondaire que primitif. Le pneumogastrique et le sympathique se comportent comme les vecteurs ou les récepteurs d'actions nociceptives de nature extrêmement variable : toxique, infectieuse, endocrinienne, nerveuse. C'est à la lumière de tels faits que s'explique l'influence sur l'estomac d'une altération fonctionnelle ou lésionnelle intéressant les centres nerveux supérieurs.

II - Tout aussi nombreux sont les travaux qui se sont donnés pour but d'apprécier l'incidence sur l'ulcérogénèse des troubles encéphaliques. Depuis plus d'un siècle se sont accumulés d'importantes études qui contribuèrent à faire naître, dans l'esprit des chercheurs, la notion toujours plus évidente d'une relation entre les deux processus.

Dès 1846, SCHIFF reproduit chez l'animal un ulcère gastrique en créant une lésion unilatérale de la couche optique et du pédoncule cérébral. Puis un résultat identique est obtenu par plusieurs auteurs en portant atteinte à des secteurs variés de l'encéphale :
union du pédoncule cérébelleux moyen et du pont
(BROWN-SEQUARD)
tubercules quadrijumeaux antérieurs (EBSTEIN)
base du cerveau en arrière de l'infundibulum (BURDENKO
et MOGILNITZKI).

Ces faits qui font ressortir la pluralité des centres régissant la trophicité gastrique, devaient trouver une consécration éclatante dans les travaux de CUSHING relatés dans la leçon remarquable qu'il fit à BOSTON en 1932. D'après cet auteur, une hématomérose ou un ulcère gastrique peuvent survenir au cours d'une intervention sur l'encéphale ou d'une affection encéphalique spontanée. Bénéficiant de l'expérience nouvelle apportée par la neuro-chirurgie naissante dont il devait se révéler un si brillant animateur, CUSHING montra comment pouvaient être reproduites des lésions érosives de l'estomac, chez des sujets indemnes de tout passé digestif, du fait du traumatisme porté aux centres nerveux lors de certaines interventions. Il vit de plus qu'en dehors de tout acte opératoire un traumatisme simulateur peut être provoqué par une tumeur cérébrale, ainsi que par diverses affections non tumorales, vasculaires ou méningées. Amené à

préciser le siège des véritables centres trophiques de l'estomac qui tiendraient les autres centres en subordination, CUSHING les situa au niveau du mésodiencephale ou de l'hypothalamus.

On ne saurait tenir pour négligeable tout ce qui, dans l'oeuvre de CUSHING, a contribué à la connaissance plus exacte des mécanismes centraux de l'ulcérogénèse. Les recherches de différents auteurs allaient confirmer ou élargir son point de vue :

ROSSLE observe un ulcère consécutif à une pachyméningite hémorragique;

V. BALO, à une hémorragie cérébrale.

De nouveaux ulcères expérimentaux sont reproduits par altération :

- du tuber cinereum (SPERANSKY)
- de la partie antérieure de l'hypothalamus (WATTS et FULTON, HOFF et SHEEHAN)
- de l'anse préfrontale 6 a (METTLER)

Enfin KELLER confirme les effets de l'irritation opératoire de l'hypothalamus ou du tronc cérébral.

Toutes ces constatations font qu'à l'heure actuelle l'ingérence des centres nerveux supérieurs dans la physiologie normale de l'estomac et la pathogénie de la maladie ulcéreuse est un fait solidement établi. Plus discutable est le siège exact des centres régulateurs de l'estomac, qui furent placés au gré des expériences en regard des secteurs les plus variés du névraxe, depuis le cortex jusqu'aux segments 7, 8, 9 de la moelle épinière, et qu'avec CUSHING l'on serait tenté d'avantage de localiser au niveau de l'hypothalamus. Quoiqu'il en soit, il est peu probable que les effets nociceptifs qu'ils peuvent déterminer sur l'estomac soient sous la dépendance d'une altération anatomique des noyaux d'origine du système ortho-parasympathique, bien que VONDERAHE

ait insisté sur la fréquence des hémorragies punctiformes au sein du noyau dorsal du vague. Il est plus vraisemblable que l'atteinte des centres se traduise par une viciation fonctionnelle de la subordination qu'ils exercent normalement sur l'innervation périphérique de l'estomac, pour aboutir à cette dysharmonie entre pneumogastrique et sympathique, que nous savons propice à l'élaboration de l'ulcère. C'est là le résultat commun à toutes les agressions portant sur le système nerveux central quelle que soit leur nature : infectieuse, toxique, endocrinienne, tumorale ou vasculaire.

Ainsi a-t-on reconnu droit de cité à ces ulcères "neurogènes" dont l'apparition serait sous la dépendance d'une atteinte lésionnelle des centres nerveux supérieurs. C'est à l'école russe qu'il devait échoir de montrer le rôle équivalent que peuvent jouer des altérations purement fonctionnelles de l'écorce. La parabiose de WEDENSKI est-elle un facteur de l'ulcérogénèse? C'est ce qu'il ressort de toute une gamme d'expériences réalisées chez l'animal dans le domaine des réflexes conditionnels, et de toute une série de constatations faites à maintes reprises en clinique humaine. De par leur concordance, les données ainsi recueillies fournissent à la conception cortico-viscérale de la maladie ulcéreuse une assise des plus sûres.

III - Bien avant que l'on eût l'idée d'attribuer l'ulcère à un dérèglement cortical, PAVLOV avait précisé la part prise par le cortex dans la physiologie normale de l'estomac. Recourant chez le chien à la technique qu'il rendit classique du "petit estomac" il montra que la simple vue ou l'odeur d'aliments présentés à l'animal étaient à même de déclencher la formation d'un abondant suc dit "d'appétit", témoin de la phase "psychique" de la

sécrétion gastrique. La vagotomie supprimant celle-ci, PAVLOV en déduisit que le pneumogastrique était la voie efférente par laquelle les stimulations corticales sont transmises aux cellules glandulaires de l'estomac.

La sécrétion "psychique" du suc gastrique est un réflexe cortico-gastrique, régi par les lois communes à tous les réflexes cortico-viscéraux, à savoir qu'il intervient soit comme réponse corticale à des interoceptions d'une particulière intensité, soit comme état préconditionnel :

1°/ Il répond à des stimulations interoceptives suffisamment fortes pour dépasser le diencéphale et gagner les cellules corticales, qu'elles renseignent sur l'état de vacuité gastrique : celle-ci s'associant à d'autres modifications viscérales pour conditionner la sensation de faim.

2°/ Il peut être considéré comme un état préconditionnel dans la mesure où il répond à des stimulations extéroceptives qui laissent prévoir la satisfaction imminente du besoin, et il fait partie de tout un cortège de réflexes cortico-viscéraux dont l'ensemble conditionne l'état d'appétit.

Chez l'animal, le moment de se nourrir coïncide avec la sensation de faim, de sorte que la phase psychique peut être considérée comme une étape obligée du fonctionnement gastrique. Collaborateurs et élèves de PAVLOV voient en elle le reflet fidèle de l'activité corticale lors de l'établissement des réflexes conditionnels, facile à étudier au moyen du "petit estomac", et facile à reproduire par les exteroceptions les plus diverses à condition que celles-ci aient été préalablement associées aux excitants normaux de l'appétit. Ces données fondamentales leur ont permis de fixer les règles présidant à l'activité réflexo-conditionnée normale.

Poussant plus avant l'expérimentation, on ne devait pas tarder à remarquer que, si les réflexes cortico-gastriques ont leur place dans la physiologie de l'estomac sain, ils peuvent aussi subir le contre-coup d'un dérèglement cortical. De fait, la perpétuation des états préconditionnels retentit précocement et gravement sur l'estomac. Le protocole expérimental varie suivant les auteurs mais, à part certains qui "affaiblirent" auparavant l'écorce par une intervention sur les glandes endocrines (PETROVA, GZGIAN...), la plupart firent appel à des animaux non préparés chez lesquels la parabiose fut reproduite de trois façons :

- 1) par des interoceptions gastriques ou extra-gastriques exagérées et accumulées;
- 2) par des stimulations exteroceptives incessamment renouvelées;
- 3) par "collision" entre stimulations exteroceptives et interoceptives.

De la sorte, l'animal manifeste rapidement des signes d'épuisement. Après une phase d'adaptation relative, durant laquelle il réagit encore de son mieux, son activité motrice devient désordonnée en même temps que l'on a, par divers artifices, la preuve d'une surcharge progressive du secteur viscéral. BYKOV a insisté sur les effets précoces de la parabiose sur l'estomac. Ce sont d'abord des troubles fonctionnels : dyskinésie, hyper-sécrétion, modifications de la teneur du suc gastrique en acide chlorhydrique et pepsine. Puis la lésion se fait jour : liée à l'action conjuguée du facteur peptique et des troubles vasculaires au sein de la paroi, elle se traduit par une atteinte érosive de la muqueuse qui gagne peu à peu en profondeur. Parallèlement, apparaissent des lésions sur une grande partie du tube digestif et des désordres intéressant la biligénèse et l'ensemble des fonctions hépatiques, les sécrétions pancréatiques, la dynamique cardiaque, la composition physico-chimique du sang...

De ces expériences, ressort la réceptivité particulière de l'estomac aux réflexes cortico-viscéraux et à ces vices d'aiguillage propres à l'activité parabiologique du cortex. Ces données sont-elles applicables en clinique humaine?

Certes les réflexes cortico-gastriques ne figurent pas obligatoirement dans le comportement gastrique habituel de l'homme chez lequel le fait de manger répond à une heure plus qu'à besoin. Il n'en reste pas moins que c'est par eux que s'exprime pour une bonne part la surtension exercée par la parabiose dans le domaine de la vie végétative. Comment en effet ne pas reconnaître la participation corticale lorsqu'on voit un ulcère succéder à ces stimulations nociceptives, dont les effets dépresseurs sur le cortex sont dûment établis par l'expérience? Ici, la prédisposition constitutionnelle ne fait rien, et il est même remarquable de constater, dans nos observations, le faible pourcentage de maladie ulcéreuse chez la femme, contrastant avec la fréquence chez elle des autres troubles cortico-viscéraux. L'ulcérogénèse est ici le fait de stimuli qui, comme précédemment, sont de trois ordres :

- 1°/ Interoceptions d'origine gastrique : gastrites, écarts de régime, variations de l'horaire des repas, aliments insuffisamment mastiqués.... ou extra-gastriques : affections coliques, vésiculaires, appendiculaires...
- 2° Exteroceptions intégratives : surmenage, chocs affectifs, vie trépidante, manque de sommeil, inadaptation professionnelle...
- 3°/ Stimulations intero et exteroceptives simultanées, avec potentialisation de leurs effets. C'est ainsi que les lésions digestives néoformées peuvent retentir à leur tour sur l'écorce, entretenant le fameux "cercle vicieux" sur lequel nous avons insisté, et "appeler vers l'estomac

des impulsions pathogènes venant de l'écorce malade et qui autrement se dirigeraient vers un autre viscère". (FRUMUSAN).

Confirmation est apportée à cette théorie par la coexistence chez nombre d'ulcéreux, d'un fond névropathique particulier, et parfois d'autres affections réputées cortico-viscérales : maladies de Basedow, hypertension artérielle, angor.....

Tout n'est pas expliqué par la pathologie cortico-viscérale, et il est souvent malaisé, dans bien des cas d'ulcères gastro-duodénaux, de retrouver une telle origine par une enquête aussi poussée soit-elle. Il n'en est pas moins vrai que la conception de BYKOV, née de la théorie pavlovienne, est séduisante pour deux raisons principales : 1°/ d'une part, parce qu'elle explique la maladie dans la mesure où le sujet participe aux variations du monde environnant et de son propre milieu; 2°/ d'autre part, parce qu'elle permet de grouper l'ensemble des facteurs responsables de l'ulcère, l'activité nerveuse supérieure tenant en tutelle les centres sous-corticaux et le système vago-sympathique, par là-même la sécrétion et la vascularisation gastriques.

Enfin, elle conduit à une thérapeutique rationnelle fondée sur la réversibilité des lésions après suppression des circuits nociceptifs. L'exemple est fourni par la nature elle-même qui, dans les conditions normales, impose le sommeil aux centres nerveux dès qu'il donne des signes de fatigue. Si la nature se montre impuissante à mettre un terme à cet état de veille prolongée, qu'entretiennent tracas, soucis ou coelialgies, c'est au thérapeute de la relayer et d'aider à la restauration par les procédés auxquels elle-même a recours. Considéré comme une inhibition des processus nerveux étendue à l'ensemble de l'écorce, le sommeil réalise de façon parfaite cette nécessaire "mise hors-circuit" du cortex qui, au réveil, sera à même de recouvrer une activité normale.

LA CURE DE SOMMEIL DANS LA MALADIE ULCEREUSE

La cure de sommeil était déjà largement utilisée à l'étranger et son activité anti-ulcéreuse indiscutablement reconnue, lorsqu'elle fut admise en France à titre d'essai : dès lors, elle ne devait pas tarder à conquérir droit de cité chez ceux qui lui firent appel et auxquels elle procura des succès inespérés. Le service du docteur CATTAN, à l'Hôpital Saint-Antoine, fut l'un des premiers à accueillir d'un préjugé favorable les enseignements apportés par les promoteurs de la méthode, et à essayer d'en faire bénéficier les malades chez lesquels, ou bien les autres traitements avaient échoué, ou bien la composante névrotique ne laissait planer aucun doute sur la réalité de la participation corticale. La plupart des sujets soumis à l'hypnothérapie le furent à l'instigation du docteur FRUMUSAN, auquel il revient d'avoir édicté les règles pratiques de la conduite du traitement, d'avoir suivi les malades durant toute la durée de leur cure et d'en avoir tiré des conclusions générales que nous ferons nôtres.

L'expérience du service que nous rapporterons, ne peut en aucune façon se résumer dans ces statistiques imposantes auxquelles nous ont habitués les publications étrangères, et la leçon que nous pourrions en tirer sera livrée à l'appréciation de chacun, faute de données numériquement valables. Cela vient de ce que nous nous sommes refusés d'emblée à considérer la médication nouvelle comme une panacée universellement applicable à toutes les variétés d'ulcères, et que nous nous sommes efforcés de faire un choix parmi les malades, entre ceux justiciables, à notre sens, de la cure de sommeil, et ceux chez lesquels les procédés classiques étaient suffisants.

Deux raisons, en effet, nous amenaient à repousser, dans la grande majorité des cas, l'hypnothérapie comme méthode première à ordonner :

1°/ D'une part, il paraissait inutile de l'envisager avant que les autres traitements se soient avérés inefficaces, ce qui n'est généralement pas le cas dans la plupart des ulcères - ou plus exactement de poussées ulcéreuses - qui se montrant sensibles à toute une série de thérapeutiques ambulatoires.

2°/ D'autre part, il était loin d'être sans inconvénient, d'un point de vue strictement professionnel, d'immobiliser les malades pendant 2 ou 3 semaines, voir un mois, et de les soumettre à un traitement dont la mise en jeu demeure en somme particulièrement délicate, dans l'état actuel de la vie hospitalière.

En d'autres occasions, ces scrupules ne seraient pas de mise, et c'est bien à notre corps défendant que nous avons été obligés de limiter notre action aux cas qui semblaient les plus accessibles à la cure de sommeil. C'est qu'entre les conditions matérielles idéales d'un tel traitement et celles qui nous étaient offertes, lointaines sont les analogies. Pour les auteurs russes qui recourent à l'hypnothérapie sur une vaste échelle, multiples sont les facilités offertes qui assurent à sa pratique des conditions quasi-idéales :

- insonorisation et obscurcissement des locaux;
- abondance d'un personnel soignant qualifié;
- utilisation judicieuse de procédés d'obtention de sommeil réflexo-conditionné par des excitations visuelles : projection d'images, lumière clignotante rouge...

- par des excitations sonores :
bruit monotone imitant la pluie, musique douce...

- ou d'autre nature;

- par l'usage de placebos, qui tendent à se substituer de plus en plus aux hypnotiques usuels.

De quoi disposions-nous à l'hôpital Saint-Antoine?

- d'un service n'ayant subi aucune amélioration qui le destinerait de préférence à un autre à ce genre de traitement;
- d'un personnel, dont le dévouement et la bonne volonté ne palliaient pas l'insuffisance numérique de jour et de nuit;
- de locaux exigus et inconfortables, l'obligation étant de disposer le malade dans une chambre à 2 lits en communication étroite avec la salle commune.

"Et pourtant n'est-il pas surprenant que, malgré ces conditions déplorables, nous ayons tout de même pu réaliser des cures de sommeil efficaces dans ce service hospitalier avec des doses de médicaments bien loin des posologies massives préconisées par certains auteurs, et qui nous paraissent nocives et antiphysiologiques".

Un certain nombre de règles pratiques furent édictées pour mettre le malade dans les conditions les plus favorables et lui assurer le maximum de chances de guérison.

I - En premier lieu, on s'assure de l'intégrité du coeur, des reins et du foie, dont une tumeur antérieure est une contre-indication relative ou absolue selon sa gravité.

2 - Le malade est de préférence hospitalisé 4 ou 5 jours avant le début de la cure, ceci afin de le familiariser avec le milieu hospitalier, et de l'informer soigneusement et en détails de la nature du traitement qu'il va subir : on ne saurait trop insister sur l'intérêt de cette psychothérapie préparatrice qui s'appliquera aussi bien à rassurer le malade qu'à tenter d'arranger avec lui les difficultés en cours, tant sociales que familiales. Enfin, cette mise en observation préalable renseigne sur les effets du seul décubitus sur la poussée ulcéreuse. Pendant cette période sont prescrits des

bromures à faible dose.

3 - La cure proprement dite est réalisée par plusieurs médicaments, à l'exclusion de tout opiacée :

- la médication de base est l'iso-amyl malonylurée ou Eunotal, à la dose initiale de 30 cg, que l'on augmente progressivement en 4 à 5 jours jusqu'à 60 ou 80 cg par jour;

- la médication associée comprend :

le chlorpromazine ou largactil à faible dose :
1 comprimé 1/2 par joue en moyenne.

le bromure de sodium ou de calcium, à raison
de 1 gramme en injection intraveineuse + 1 mgr
de sulfate d'atropine.

- plus discutés sont les deux procédés d'accompagnement suivants :

un traitement anti-ulcéreux local ou général, qu'il peut être utile de prescrire ou de poursuivre durant la cure : bismuth per os, protéinothérapie intraveineuse, oxyferriscorbone, iode intraveineuse préconisée récemment (CATTAN et FRUMUSAN).

Une psychothérapie complémentaire. Certes la répétition monotone des mêmes paroles réconfortantes, le maintien d'une ambiance gaie, sont indispensables à la bonne conduite du traitement. Chez certains malades enclins à l'abstraction de par leur nature ou leur profession une discussion s'impose. Toujours est-il que l'on ne saurait généralement envisager, dans la maladie ulcéreuse, une cure aussi profonde que dans certains états, psychiâtriques notamment, sous peine d'exposer le sujet à des accidents graves ou d'aboutir parfois à l'anéantissement partiel de la personnalité dont le rétablissement est particulièrement lent (SAPIR et STROUN).

- Enfin, les malades prennent leurs repas aux mêmes heures que les autres, et peuvent se lever pour faire leur toilette. En principe, ils ne doivent pas recevoir de visites, sauf s'ils le souhaitent vivement et peuvent

en tirer un effet bienfaisant.

En définitive, une cure réussie doit comporter, pendant les 10 jours où le traitement bat son plein, un sommeil normal durant 16 à 18 heures sur 24. Malgré les difficultés inhérentes à l'organisation hospitalière qui place les repas 2 ou 3 heures en avance sur les horaires usuels, on s'efforcera de procurer :

2 heures de sommeil le matin,

3 dans l'après-midi

12 dans la nuit.

On ne saurait être aussi exigeant pour les insomniaques habituels, accoutumés de longue date aux sédatifs nervins, et pour lesquels on pourra se contenter de 12 à 14 heures de sommeil quotidien.

Puis les doses hypnogènes sont progressivement supprimées en 4 à 5 jours, en commençant par celles administrées dans la journée, et la cure est suspendue au bout de 21 jours en tout.

4 - Il est bon de ne permettre la reprise du travail que 15 jours après la fin de la cure, de prescrire pendant cette période des bromures à faible dose - d'autant que l'insomnie secondaire est assez fréquente - et de considérer les malades comme de véritables convalescents : lever progressif, travail physique modéré. La persistance d'un comportement asthénique peut nécessiter l'emploi d'amines psychiques le matin, alternant avec les hypnotiques du soir. Ceux-ci pourraient être continués pendant assez longtemps par série discontinue : une semaine sur deux par exemple.

Précisons enfin que malgré les espoirs qu'elle avait suscités, la cure de sommeil s'avère curatrice de la poussée ulcéreuse plus que de l'ulcère lui-même, ce qui fait qu'aucun relâchement n'est de mise dans la surveillance exercée auprès du malade, que des examens

cliniques et paracliniques périodiques s'imposent, et qu'une thérapeutique antiulcéreuse de consolidation est souvent nécessaire durant les mois qui suivent.

Telles sont les normes qui présidèrent à la conduite de l'hypnothérapie appliquée dans le service de l'hôpital Saint-Antoine. On trouvera ci-après résumés les cas les plus édifiants, qu'ils aient été couronnés de succès ou se soient soldés par un échec. Mais nous placerons en tête de cette revue, l'observation d'une malade personnelle du docteur FRUMUSAN atteinte d'ulcère, dont l'évolution peut être considérée comme l'illustration la plus nette de la conception cortico-viscérale de BYKOV. Cette malade, sans recourir à l'hospitalisation, devait trouver dans un climat familial apaisant et une thérapeutique d'appoint les éléments propices à sa guérison.

OBSERVATION I

Il s'agit d'une femme de 66 ans qui, depuis 20 ans, accusait des troubles digestifs de nature indéterminée, les uns à type de crises douloureuses sous-hépatiques de 2 à 3 jours - vésicule biliaire radiologiquement normale-, les autres à type d'aérophagie évoluant en crises d'éructations pénibles pendant 1 ou 2 jours et accompagnées de ballonnement épigastrique.

Pendant toute l'année 1952, elle soigne son mari qui finit par mourir en Décembre de la même année, d'une longue et douloureuse maladie ayant nécessité des soins incessants. En même temps elle se trouve engagée dans un long procès qui se terminera au début de 1953 par son expulsion de l'appartement qu'elle habitait depuis de nombreuses années. Chagrins, soucis et fatigue entraînent bientôt l'apparition d'un véritable état névrotique avec insomnies totales, profond découragement, sensation d'insécurité extrême causée par l'idée d'être jetée à la rue. Elle perd l'appétit, maigrit considérablement, mais ne souffre toujours pas de l'estomac.

Brusquement en Avril 1953, à l'acmé de cet état névrotique et au moment-même où son procès est définitivement perdu, la malade ressent des crampes épigastriques quotidiennes, typiquement ulcéreuses. Ces crampes apparaissent régulièrement à la marche, ou à la montée des escaliers : "claudication intermittente de l'estomac ulcéreux".¹ Des radiographies gastriques pratiquées 15 jours après le début des douleurs montre une énorme niche complètement extériorisée de l'angle de la petite courbure.

La malade vient alors habiter chez sa fille où l'on réalise sans le savoir, et dans les meilleures conditions physiologiques, une véritable cure de sommeil. Les seuls médicaments prescrits sont : une injection intra-veineuse quotidienne d'1 gr de bromure de sodium + 1 mgr de sulfate d'atropine; un comprimé de Phénergan à chacun des 2 principaux repas.

Mais les soins attentifs qui lui sont prodigués, l'affection qui l'entoure, le calme, le silence et l'obscurité qu'on fait régner autour d'elle, la sensation

de sécurité familiale qu'elle retrouve, tout cela entraîne, non seulement l'arrêt des insomnies totales dont elle souffrait depuis de longs mois, mais un sommeil tout à fait normal d'au moins 16 heures sur 24. En 3 à 4 jours, les douleurs gastriques diminuent, puis disparaissent complètement et définitivement. Parallèlement le psychisme se transforme à vue d'oeil : l'angoisse disparaît, la malade redevient optimiste et désire guérir. Au bout de 3 semaines, la niche a diminué de moitié. Un mois après, elle a complètement disparu. La guérison est complète depuis, le sommeil tout à fait normal.

En termes pavloviens, l'interprétation de cette observation est claire et probante. Le vieux passé digestif non ulcéreux, par les fréquentes interoceptions digestives qu'il créait, a frayé la voie aux circuits pathologiques cortico-gastriques. Chagrins et soucis ont déterminé un dérèglement de l'activité nerveuse supérieure. Celle-ci retentit rapidement sur l'estomac et régit l'apparition de l'ulcère, qui retentit à son tour sur l'activité corticale pour achever de la désorganiser. Le cercle vicieux ainsi formé a été rompu par la mise au repos du cortex, obtenue par de très faibles doses de soporifiques et surtout par une véritable psychothérapie involontaire.

OBSERVATION II

M. Me..., 67 ans, se plaint depuis Octobre 1950 de digestions pénibles, ballonnement post-prandial et éructations mais sans aucune douleur.

Au début, Février 1953, il perd son fils : les conséquences nerveuses de ce deuil inopiné sont d'autant plus grandes qu'il est en perpétuel conflit avec sa femme auprès de laquelle il ne trouve aucun soutien. Le sommeil le fuit; il perd l'appétit, maigrit et songe au suicide.

Trois semaines après la mort de son fils, il fait brusquement, sans douleurs gastriques, une grande hématomatose suivie de moelena qui dure 3 jours. De Février à Juillet 1953, persiste un grand état névrotique. À partir de Juillet 53 s'installe un syndrome ulcéreux typique qui évolue sans discontinuité jusqu'en Octobre, avec crampes épigastriques quotidiennes survenant 2 heures après les repas. Au début Octobre apparaissent des signes de sténose du pylore avec vomissements alimentaires dont ne viennent à bout ni la Bromatropine ni le Lactoclastase. Sur les conseils du docteur V. Lafitte, il entre à l'hôpital Saint-Antoine le 8 Octobre 1953 pour y suivre une cure de sommeil.

On se trouve en présence d'un malade profondément amaigri, ne dormant pas, vomissant tous ses repas. Les radiographies objectivent une sténose pylorique qui paraît totale : dilatation de l'estomac "en cuvette", pas d'ulcère visible, aucun passage pylorique. Très sceptiques sur l'opportunité de l'hypnothérapie, ce n'est qu'avec hésitation que nous la mettons en oeuvre, inquiets de perdre un temps précieux en ne confiant pas immédiatement le malade au chirurgien. À partir du 13 Octobre on lui administre tous les jours 60 centigr. de gardénal et 1 cuillère à soupe de sirop de chloral.

Le sommeil s'établit très rapidement : le malade dort 16 à 18 heures par jour. Les douleurs s'atténuent vite, mais les vomissements persistent après chaque repas, nécessitant de grandes quantités de sérum physiologique. À partir du 22 Octobre, on ajoute du Largactil à la dose

d'1/2 comprimé aux 3 repas. Instantanément les vomissements cessent.

Le 23 Octobre - soit 10 jours après le début de la cure de sommeil -, une nouvelle série de clichés montre, à notre grande surprise, la disparition complète de la sténose; la forme, les dimensions, le tonus gastriques sont redevenus normaux; le bulbe est le siège d'une niche centrale. L'hypnothérapie est supprimée le 28 Octobre; le malade sort de l'hôpital cliniquement guéri le 4 Novembre. Il reprendra 11 kilogrammes en 2 mois.

Il est revu le 13 Janvier 1954 en excellent état digestif et psychique, dormant sans soporifique.

Comme dans l'observation précédent, nous retrouvons ici :

un passé digestif non ulcéreux;
un état névrotique consécutif à un traumatisme affectif;
un ulcus résistant aux traitements habituels et cédant,
comme la composante psychique, à la cure de sommeil.

La note originale est fournie par la sténose pylorique, dont l'organicité apparemment certaine aurait du solliciter le bistouri du chirurgien, et qui disparut comme par enchantement durant la cure de sommeil.

OBSERVATION III

Un homme de 28 ans, cordonnier, souffre depuis 12 ans de douleurs épigastriques évoluant par périodes de 10 jours, séparées par des accalmies de plusieurs mois. Il est vu fin Mai 1953 à la consultation du docteur Gutman à l'hôpital Saint-Antoine. Les radiographies montrent une toute petite niche de l'angle de la petite courbure gastrique, avec rétraction de la petite courbure et grosse réaction antrale. Une série d'injections intra-veineuses de peptone pancréatique de caséine, suivie d'une série d'oxyferriscorbone intramusculaire, amène la disparition complète du syndrome fonctionnel ulcéreux.

A partir de Septembre 1953, le malade reçoit des cures régulières de Laristine et Laroscorbine.

Les douleurs ulcéreuses ne reparaissent plus. Mais il persiste de façon continue des troubles dyspeptiques atypiques : anorexie, digestions pénibles, pesanteur post-prandiale, amaigrissement progressif; les radiographies successives objectivent une augmentation régulière de la niche, coexistant avec la rétraction de la petite courbure et l'importante réaction antrale. Malgré cette dernière, une pareille évolution ne peut manquer de faire discuter la malignité de la niche, ou tout au moins la transformation maligne de l'ulcère. C'est pourquoi, fin Décembre 1953, le docteur Gutman conseille une intervention pour la préparation de laquelle le malade entre dans le service le 17 Janvier 1954.

Un tubage gastrique après histamine, pratiqué le 22 Janvier, montre une hypochlorhydrie accentuée (ClH n'excédant pas 0,40 p.1000). Toutes les conditions paraissent réunies en faveur d'une indication opératoire formelle. Il ne peut s'agir que d'un ulcère transformé ou d'un ulcère calleux, médicalement incurable.

Cependant, nous répugnons beaucoup à confier ce malade tout jeune au chirurgien, d'autant plus qu'un examen psychiatrique pratiqué par le docteur V. Lafitte nous apprend des choses fort intéressantes. Certes, contrairement à ce qui s'est passé pour les deux autres observations précédentes, la maladie ulcéreuse s'est déroulée toute entière en dehors de toute notion de traumatisme psychique violent. Mais le fond mental de

notre malade est loin d'être normal. C'est un psychasthénique typique, hyperémotif par surcroît, et qui appartient à une famille de psychasthéniques : une de ses soeurs est d'ailleurs également atteinte d'ulcère. Or nous savons trop que c'est chez ces malades qu'apparaissent les suites fâcheuses de la gastrectomie, et nous craignons que l'opération fasse du sujet un de ces grands infirmes du tube digestif, incapables à tout jamais de s'adapter à leur mutilation gastrique. Aussi décidons-nous, avant l'intervention, un dernier et court essai de traitement médical associant une protéinothérapie intra-veineuse (Lactoclase) à la cure de sommeil.

Répetons encore que le syndrome fonctionnel ulcéreux avait complètement disparu depuis six mois, et que nous essayions de lutter en somme contre une niche qui ne se traduit cliniquement que par de petits signes de gastrite, mais qui augmente régulièrement depuis six mois à la radio malgré les traitements classiques.

La cure de sommeil eut un plein succès. Elle fut commencée, faute de place, dans la grande salle commune. Malgré la lumière, le bruit, le va-et-vient incessant, le malade dormit très facilement au moins 16 à 17 heures par jour, avec 60 centigrammes d'Eunocet, 1 comprimé 1/2 de Largactil et 1 gramme de bromure intra-veineux.

Après 15 jours de cure de sommeil, nous eûmes la surprise de constater la guérison radiologique totale de la niche. En même temps le malade prenait deux kilogs.

OBSERVATION IV

M. Pr..., âgé de 70 ans, guide interprète, entre dans le service le 7 Décembre 1953, envoyé par le docteur Gutman.

Son passé digestif remonte à 1919, époque à laquelle il commence à souffrir de brûlures épigastriques survenant 2 heures après les repas par périodes de 3 semaines environ, séparées par de longs intervalles d'accalmie. Le professeur Gilbert est le premier à s'assurer de l'absence radiologique de toute lésion ulcéreuse. Des poussées apparaissent en 1922, 1930, 1938, alors que pendant toute la durée de la guerre 1939-44 ne s'observe aucun trouble digestif. L'armistice de 1945 coïncide avec la reprise des brûlures qui durent 1 mois 1/2 et qui, comme les précédentes, requièrent l'absorption de sous-nitrate de bismuth.

C'est au début 1952 que pour la première fois aux brûlures s'ajoutent des crampes épigastriques transfixiantes également rythmées par les repas et se prolongeant jusqu'au repas suivant qui les calme. Au bout d'un mois de douleurs le malade consulte le docteur Gutman qui décèle radiologiquement un ulcère du bulbe et prescrit des injections de Laristine et Laroscorbine.

Une récidive ulcéreuse, en Octobre 1953, motive une nouvelle consultation du docteur Gutman qui découvre alors sur les radios une grosse niche de la portion verticale de la petite courbure gastrique, et prescrit des cures alternées d'Oxyferriscorbone et de peptone pancréatique de caséine. Devant l'échec de ces thérapeutiques il conseille au malade de se faire hospitaliser.

Notons que celui-ci est un grand anxieux, insomniaque habituel, qui vit dans un état de perpétuel conflit avec sa femme : elle-même ancienne basedowienne et considérablement névropathe. De plus les bons repas copieusement arrosés ne l'effraient pas.

On institue alors de concert une série d'injections intra-veineuses quotidiennes d'iode - en raison

de l'importante sclérose vasculaire - et un essai de cure de sommeil. Malgré 80 centigrammes d'eunoctal, 1 gramme de bromure et un comprimé 1/2 de Largactil, il est impossible d'obtenir plus de cinq à six heures de sommeil par jour. Cependant le résultat fonctionnel est excellent :

- au bout de cinq jours, les douleurs disparaissent complètement,
- au bout de quinze jours de traitement, la niche a considérablement diminué,
- au bout d'un mois, elle a complètement disparu.

OBSERVATION V

M. He..., âgé de 25 ans, manoeuvre, n'a jamais souffert de l'estomac jusqu'à un certain jour de 1953, peu après une fracture de jambe, pour laquelle il était hospitalisé, il se mit brusquement à ressentir de violentes douleurs épigastriques irradiant dans le dos, survenant généralement 2 heures après les repas et de préférence la nuit. Des radiographies montrent un ulcère bulbaire, et une série de 10 injections d'oxyferris-carbone sodique est prescrite. La crise dure un mois, suivie d'une sédation de quelques semaines, puis se répète à intervalles de plus en plus rapprochés. C'est dans ces conditions que le malade entre dans le service le 20 Octobre 1954.

On se trouve en présence d'un sujet en assez bon état général, qui aurait maigri de quelques kilos et chez lequel l'appétit est conservé. On entreprend un traitement à base de Lactoclastase et de Bromatropine qui semble soulager le malade pendant les premiers jours.

Mais peu après l'arrêt du traitement, il se plaint à nouveau. Son comportement psychique n'est pas sans retenir l'attention, apparemment conditionné par le prochain accouchement de sa femme et la peur qu'il ressent de rester seul chez lui.

Une cure hypnique est commencée le 15 Novembre 1954, à base de 75 centigrammes d'Eunoctal et d'un comprimé et 1/2 de Largactil, le malade dort 15 heures sur 24. Dès les premiers jours, les douleurs se dissipent. Après 13 jours de cure, l'accalmie est complète, le malade a pris 1 kilogramme.

En fait, doit-on discuter de façon serrée les résultats positifs obtenus, car il est loin d'être exclu que, sans réellement simuler, ce malade majorait ses douleurs. Confirmation est apportée à cette manière de voir par la reprise opportune des douleurs 15 jours plus tard.

OBSERVATION VI

M. Pi..., 34 ans, employé à l'Electricité de France, entre dans le service le 3 Mai 1954, en vue d'une cure de sommeil pour ulcère duodénal.

Le début des manifestations fonctionnelles remonte à 9 ans environ, époque à laquelle le malade, jeune marié et surmené par surcroît du fait de ses obligations professionnelles, commence à ressentir des douleurs épigastriques à type de brûlures, de tiraillements, irradiant vers l'hypochondre droit. Elles surviennent 2 heures après les repas et durent 3 à 4 h., incomplètement soulagées par l'ingestion d'aliments ou par le décubitus; elles évoluent par poussées de 2 semaines alternant avec des périodes d'accalmie de 2 ou 3 mois.

Les premières radiographies, pratiquées en 1945, n'auraient objectivé qu'une aérophagie; ce n'est qu'en 1947 qu'elles auraient fait la preuve de l'ulcère. Le malade est alors traité par des injections d'hyposulfite et de Staprolysate qui n'amènent aucune amélioration. Un meilleur parti est tiré du traitement institué par un homéopathe qui procure au malade 3 ans de répit. Il recommence à souffrir en 1951, va de consultation en consultation, de piqûres en piqûres, tout cela sans effet aucun. Des clichés pratiqués en Décembre 53 et Avril 1954 montrent une déformation bulbaire extrêmement nette. Le docteur Frumusan prescrit alors des injections d'Antal et de Laroscorbine qui amènent très vite une sédation des douleurs, mais celles-ci récidivent dès l'arrêt de la thérapeutique; c'est alors qu'il conseille au malade la cure de sommeil.

Un certain nombre d'examen complémentaires sont effectués, notamment un tubage gastrique qui permet de déceler une importante hyperchlorhydrie. V. Lafitte découvre chez cet anxieux des éléments expliquant amplement le déclenchement et l'entretien de ses troubles. La cure est commencée dès l'entrée du malade.

La médication de base est courante : Eunoctal à dose croissante, jusqu'à 75 cgr par jour.

Largactil :

1 comprimé 1/2 par jour.

On lui associe des injections intra-veineuses de Bromatropine et la prise orale de Bismuth.

Au bout de 7 jours, le malade dort 15 heures sur 24 et ne souffre plus. Au bout de 15 jours, les doses hypnogènes sont progressivement réduites. La cure est suspendue le 23 Mai, la sédation des douleurs étant absolue. Des radiographies de contrôle montrent toutefois la persistance de la déformation ulcéreuse du bulbe.

OBSERVATION VII

M. De..., 24 ans, s'est toujours plaint de digestions lentes, pesanteurs épigastriques et constipation.

Mais ce n'est que depuis 3 ans que sont apparues des crampes épigastriques irradiant vers le thorax, survenant 4 heures après les repas et évoluant par poussées tous les 6 mois. En octobre 1952, il entre à l'hôpital Beaujon avec le diagnostic d'ulcère gastrique en vue d'intervention, à laquelle le docteur Blondin préfère le traitement médical : Peptone pancréatique de caséine et Robuden. De retour chez lui, le malade continue de souffrir et consulte le docteur Frumusan qui prescrit des cures alternées de Larsitine et d'Antal, associées au Belladénal et au Novismuth. Ces diverses médications n'empêchent pas le retour des douleurs à intervalles de plus en plus rapprochés puisque, initialement bi-annuelles, les poussées se répètent tous les 2 ou 3 mois. Aussi lui conseille-t-on la cure de sommeil en vue de laquelle il est admis dans le service le 20 Avril 1954.

Des séries de radiographies avaient été antérieurement pratiquées montrant :

- le 16 Juillet 1953 : un œdème généralisé de la muqueuse gastro-duodénale, bulbe intolérant avec petite niche de face;

- le 8 Octobre 1953 : une déformation trifoliée du bulbe avec petite niche de face au voisinage de la base. La série demandée par le service confirme la déformation ulcéreuse du bulbe, mais sans image nette de niche.

Du point de vue psychique, le docteur V. Lafitte reconnaît chez le malade une timidité et une émotivité exagérées; son père décédé et sa mère partie, il s'est retrouvé seul à l'âge de 17 ans aux prises avec de grosses difficultés.

La cure est entreprise le 21 Avril 1954 : Eunocet à dose croissante, jusqu'à 75 cgr par jour; Largactil, à raison d'1 comprimé 1/2. On ajoute une injection intra veineuse quotidienne de Bromatropine.

En 5 jours, le malade ne souffre plus et dort 13 heures sur 24.

On diminue les doses hypnotiques à partir du 9 Mai, et la cure est arrêtée le 13 Mai 1954.

En fin de cure, le psychiatre constate les heureux effets obtenus sur le comportement psychique du malade, encore que persiste l'hyperémotivité. Le malade quitte le service sans la moindre épigastralgie.

OBSERVATION VIII

C'est en Juillet 1950 que M. Ch... maçon, alors âgé de 44 ans, accuse pour la première fois des douleurs épigastriques à type de torsion irradiant vers l'hypocondre gauche, survenant régulièrement trois à quatre heures après le petit déjeuner et le déjeuner, et, calmé par le repas suivant. On a vite fait de les rapporter radiologiquement à un ulcère bulbzaire, pour lequel le docteur Frumusan prescrit une série de lactoclastase. Le bienfait retiré de cette cure ne se prolonge pas au-delà de Mars 1951, date à laquelle survient une nouvelle poussée douloureuse traitée cette fois par Antal et Bismuth. Des poussées successives apparaissent en Janvier et Juillet 1952, Janvier et Septembre 1953; la suivante, en Novembre 1953, ayant justifié l'hospitalisation. D'avant l'état scléreux du système vasculaire, dont témoignent un signe de la sonnette, une tension artérielle maximum à 20, et un signe du croisement à l'examen du fond d'oeil, on entreprend alors un traitement à base d'héparine : 50 mgr par jour en injection intraveineuse, associée à 10 cgr d'Eunocet, un comprimé 1/2 de Largactil, et du bismuth per os. L'amélioration ainsi obtenue se maintient pendant trois mois.

Vers le 15 Février 1954, les douleurs reprennent, en même temps que le malade maigrit et perd l'appétit. Il consulte sans tarder le docteur Frumusan qui prescrit 30 injections d'Antal, puis 30 injections de Bromatropine et de Lactoclastase, les unes comme les autres demeurant sans effet. C'est devant cette poussée hyperalgique durant depuis deux mois 1/2, que la cure de sommeil est décidée pour laquelle le malade entre dans le service le 26 Avril 1954.

Elle est réalisée par les doses hypnogènes auxquelles on a l'habitude de faire appel, à savoir : Eunocet à dose croissante jusqu'à 75 cg. par jour; Largactil 1 comprimé 1/2 associés au Bromure de Potassium : 1 gr.

Durant les premiers jours et malgré un bon sommeil quotidien de 12 à 14 heures, le malade continue à ressentir des douleurs; 15 jours après le début du traitement, elles sont tout aussi aiguës qu'avant l'entrée du malade dans le service. On ajoute alors aux médications précédentes des injections intraveineuses de Bromatropine tous les jours. Dès lors, les douleurs s'effacent.

A partir du 14 Mai, les doses d'Eunocet sont réduites; le 16 Mai la cure est arrêtée, ayant duré trois semaines en tout, et le malade quitte l'hôpital en pleine santé apparente.

OBSERVATION IX

M; Ra..., 34 ans, mécanicien en confection, entre dans le service le 7 Janvier 1954, pour ulcère du duodénum.

Les premières manifestations fonctionnelles remontent à Mai 1952, époque à laquelle il ressent des douleurs épigastriques transfixiantes à type de crampes, survenant 2 ou 3 heures après les repas. Evoluant par poussées de 8 à 15 jours, avec des périodes de calme de 2 à 3 semaines, elles deviennent plus intenses en Janvier 1953. Les radios pratiquées en Mars 1953 objectivent un ulcère bulbaire, pour lequel le docteur Frumusan prescrit des cures d'Antal et de Laristine. Les douleurs s'atténuent d'abord puis disparaissent jusqu'à la fin de l'année, pour réapparaître début 1954, en même temps que le malade maigrit et qu'est survenu un important moelena, motivant l'admission du malade.

C'est un sujet très nerveux et anxieux, qui entre autres ennuis vient de divorcer, période pénible coïncidant justement avec la reprise des douleurs. Il est soumis à un traitement anti-ulcéreux : Bromatropine et bismuth, et sédatif : 10 cg. d'Eunocet, 2 comprimés de Phénergan, 1 comprimé 1/2 de Largactil, tout ceci n'entraînant ni le sommeil ni la rémission des douleurs.

Aussi décide-t-on l'hypnothérapie qui est commencée le 21 Janvier 1954. Malgré la dose progressivement atteinte de 80 cg. par jour d'Eunocet et 1 gr. de bromure, le malade ne dort guère plus de 6 à 8 heures sur 24. Ce n'est qu'au bout de quelques jours que les douleurs s'estompent et que le sommeil quotidien se prolonge 10 heures. A partir du 1er Février, on diminue l'Eunocet, ce qui a pour effet de réveiller transitoirement les douleurs, qui cèdent ensuite de façon franche. Le 9 Février, le malade ne souffre plus; la cure est consolidée par une série d'oxyferriscorbone intramusculaire. Le 26 Février 1954, le malade sort du service en bon état général.

... Il devait rester trois mois sans souffrir. Mais le 24 Mai 1954, jour de sa sortie de maison de repos, il refait une petite poussée ulcéreuse qui durera quelques jours. Notons qu'à l'actif de la cure de sommeil, le réveil douloureux a été insignifiant en regard des algies antérieures, et que la nervosité habituelle du malade a disparu. Malheureusement fin Août 1954, la maladie devait récidiver aussi intensément que par le passé.

OBSERVATION X

Jusque là bien portant, M. Ru..., alors âgé de 33 ans, se met subitement à accuser, en 1949, de vives douleurs épigastriques à irradiations postérieures, rythmées par les repas auxquels elles succèdent après un intervalle libre de 4 heures, et évoluant par crises de 2 à 10 jours séparées par des phases d'accalmie de 2 à 6 semaines. Des clichés datés du 6 Octobre 1949 objectivent une niche de la petite courbure, pour laquelle le malade suit des traitements variés : Antal, Lactoblaste, Laristine... Fin 49, l'amélioration clinique est nette, allant de pair avec la disparition radiologique de la niche.

Mais la guérison n'est qu'apparente. En Juillet 1950 on assiste à une récurrence douloureuse avec amaigrissement, aisément rapportée sur les radios à une grosse niche angulaire. Ordonnance est faite par le docteur Gutman d'Oxyferriscarbonate sodique et kaolin : nouvelle sédation clinique et diminution marquée de l'image ulcéreuse. Un traitement d'entretien à base de Laristine et Mutagastrol semble consolider les résultats acquis, puisque durant toute l'année 1951, le malade ne ressent plus que de vagues pesanteurs épigastriques et que les clichés de contrôle ne montrent plus rien d'anormal.

Malheureusement une nouvelle épreuve attendait le malade. En Février 1952, on découvre une tuberculose pulmonaire non bacillifère, et on institue un pneumothorax droit. Très déprimé moralement par ce nouveau coup du sort, il recommence à souffrir en Mai et Octobre 1952, les radios montrant la niche angulaire réapparue. Toute l'année 1953 devait être émaillée de poussées ulcéreuses, une d'elles résistant à la protéinothérapie, une autre cédant à l'héparine. Le malade fit plusieurs séjours dans le service où étaient enregistrées des alternatives de mieux et de pire. Finalement, devant l'inefficacité partielle des diverses thérapeutiques successivement employées et la persistance radiologique de la niche, on propose une cure hypnique qui est inaugurée le 4 Novembre 1954.

Elle ne devait être guère supérieure aux autres médications. Malgré des doses hypnogènes correctement administrées, le malade ne dort pas plus de 10 heures par jour. Un épisode diarrhéique vient troubler son repos. L'état dépressif est peu modifié. Néanmoins les douleurs ulcéreuses ne tardent pas à se dissiper. En fin de cure, la relaxation est de plus en plus difficile à obtenir, et même les doses dégressives semblent avoir un effet nettement excitant. Finalement la cure est interrompue au bout de 3 semaines. De nouvelles radios attestent que la niche demeure inchangée.

Ici ne se borne point l'expérience du service en matière d'hypnothérapie pour ulcère. C'est volontairement que nous avons laissé dans l'ombre un certain nombre d'observations :

soient qu'elles eussent fait "double emploi", par les analogies présentées, avec celles que nous avons rapportées;

soit que, pour une raison ou une autre, la cure ait dû être interrompue prématurément.

Pourtant les conclusions que l'on peut tirer de cette revue ne sont pas sans valeur, car les cas qui la composent, quoique peu nombreux, sont très dissemblables tant au point de vue de la lésion que du terrain :

ulcères gastriques ou duodénaux, récents ou anciens, isolés ou compliqués;

adultes jeunes ou vieux, manifestement névrotiques ou ulcéreux avant tout.

Variable enfin la place de la cure de sommeil parmi les autres traitements que les malades avaient pu suivre jusque là : succédant de près ou de loin aux médications de choc ou aux thérapeutiques à visée symptomatique ou pathogénique. "Diverses furent les circonstances, divers furent les résultats."

Précisons d'abord les deux difficultés auxquelles se heurta leur évaluation exacte : l'une est inhérente à la valeur de la radiologie comme test de guérison en matière d'ulcère du duodénum; l'autre vient du caractère souvent trop récent de notre expérience qui nous prive de la précieuse épreuve du temps.

1) La première objection s'applique à la cure de sommeil comme aux autres traitements : à savoir qu'autant la guérison clinique d'un ulcère gastrique est inséparable de sa guérison radiologique, autant il est malaisé d'affirmer cette dernière en cas d'ulcère

bulbaire : on voit s'effacer les déformations liées au spasme et à l'œdème, mais persiste le plus souvent une image cicatricielle qu'il peut être impossible de distinguer d'un ulcère encore évolutif. Privé de ce critère objectif, on en est réduit à réserver le pronostic jusqu'à ce qu'un temps suffisant se soit écoulé qui n'ait vu réapparaître les douleurs ni se modifier l'aspect radiologique.

2) C'est précisément cette consécration du temps qui manque dans la plupart de nos observations : les cures ayant été réalisées dans un trop proche passé, et trop peu de malades, malgré nos recommandations, s'étant rendus aux consultations ultérieures qui nous auraient permis d'apprécier les effets lointains du traitement. Pourtant, sans nous livrer à une extrapolation abusive, pouvons-nous espérer que bon nombre d'entre eux en auront tiré un bienfait définitif, rejoignant en cela un certain nombre de malades chez lesquels la cure de sommeil eut réellement un succès absolu.

1°/ SUCCES ABSOLU : c'est ce dont on est en droit de parler chez ces malades auxquels la cure de sommeil procura une sédation complète de leurs douleurs et une amélioration de leur état général, jointes à la disparition complète des lésions radiologiques, le tout jugé avec un recul suffisant; aussi exigeant que l'on puisse être, on ne saurait contester l'efficacité du traitement lorsque se trouvent réunis ces tests concordants de guérison. Comme nous l'avons vu, il en fut ainsi dans quelques observations d'ulcères de la petite courbure gastrique.

2°/ SUCCES RELATIF : c'est le jugement que nous tirerons de la plupart des autres cas. Ils comprennent :

d'une part, ceux où la cure de sommeil détermina une sédation des douleurs et une atténuation des images ulcéreuses : résultats incomplets ayant nécessité le maintien d'une thérapeutique anti-ulcéreuse ou n'ayant pas pu éviter une récurrence douloureuse à plus ou moins longue échéance;

d'autre part, certains cas où la guérison est peut-être définitive mais ne peut être affirmée : parce que le nettoyage radiologique est incomplet; parce que l'épreuve du temps n'est pas encore intervenue.

Quoiqu'il en soit, on ne saurait tenir pour négligeable le bénéfice même partiel que les malades ont retiré de l'hypnothérapie :

la dissipation si rapide de leurs douleurs, que leur avaient jusque là refusé les thérapeutiques les plus diverses;

le rétablissement de leur état général, la prise de poids, le retour de l'appétit, tout cela si manifeste en quelques jours seulement;

les effets si souhaitables sur la composante psychique, dont on sait la fréquente association, développés à la faveur du retour du sommeil. Car il faut encore insister sur l'état des malades que nous fûmes appelés à soigner : sujets anxieux, en proie de longue date aux épigastralgies les plus rebelles, résignés à ne gagner que de brèves accalmies des multiples médications essayées à maintes reprises, exposés aux insomnies répétées et aux psychopathies. Dans de telles conditions qui finissent par faire de la vie de ces malades un long calvaire de douleurs, on conçoit le bien qu'ils peuvent tirer d'un sommeil prolongé dont ils se réveilleront indolores et réconfortés. Quand bien même, la maladie récidiverait, les crises seraient moins fortes, moins longues et souvent sensibles à des thérapeutiques jusque là peu ou pas actives auxquelles la cure de sommeil sensibiliserait en quelque sorte les malades.

3°/ ECHEC : c'est malheureusement ainsi que s'est soldé un certain nombre de cures. Certes elles sont presque toujours venues à bout des douleurs, mais celles-ci réapparaissaient peu après; c'est également dans ces formes que la radiographie objectivait une immuabilité ou une aggravation des images pathologiques. Indépendamment de celles qui n'ont matériellement pu être menées à terme, la plupart des cures qui sont demeurées vaines le doivent au manque de sommeil. Bien que certains auteurs prétendent que le fait de dormir soit contingent et que les drogues puissent agir favorablement par leur simple pouvoir pharmacodynamique, il est certain que l'on peut imputer en grande partie à la difficulté de faire dormir des insomniaques habituels ou névropathes la faillite des cures entreprises chez eux. Notre expérience limitée ne nous permet pas d'aller plus loin dans l'interprétation de ces faits, mais il est probable que bon nombre de facteurs nous échappent : ce n'est que lorsque les observations se seront multipliées que se dégageront les conditions locales favorables plus que d'autres à la cure de sommeil : siège de l'ulcus, acidité du suc gastrique, état du système vasculaire...

Pour le moment, les indications de ce traitement nous paraissent plutôt conditionnées par des facteurs généraux tels que le comportement psychique du sujet, les troubles morbides associés, la résistance de l'ulcère aux autres thérapeutiques.

A/ Un premier groupe d'ulcères semblent singulièrement prédisposés à la cure hypnique. On les individualisera sous le nom d'ulcères névrotiques.

On en distingue plusieurs formes :

celles qui succèdent à brève échéance à un choc moral intense ou qui se constituent durant une période troublée du point de vue psychologique;

celles qui se doublent d'une composante corticale manifeste ou qui s'observent chez des insomniaques avérés;

celles qui s'accompagnent d'autres troubles d'origine vraisemblablement cortico-viscérale : maladie de Basedow, affections allergiques, hypertension artérielle, artérites...

En présence de l'une ou l'autre de ces formes, qui sont autant de preuves du bien-fondé de la conception de BYKOV appliquée à la clinique humaine, il nous paraît inutile de temporiser en commençant par essayer une médication anti-ulcéreuse autre que la cure de sommeil. Même si les procédés classiques pouvaient aboutir, le succès nous semblerait incomplet s'il ne concernait que l'ulcère, à l'exclusion des autres éléments d'une maladie qui manifestement intéresse l'individu dans son ensemble. La cure de sommeil apparaît ici comme la thérapeutique polyvalente par excellence :

elle a les plus grandes chances de guérir l'ulcère;

elle agit de façon très appréciable sur le déséquilibre psychique et sur les désordres viscéraux coexistants;

elle permet bien souvent la rééducation du malade en matière de sommeil. Que la certitude de la guérison ne puisse toujours être assurée, c'est un fait que l'on ne saurait dissimuler. Mais on tirera le meilleur parti de la cure en ne considérant pas celle-ci comme une fin en soi à laquelle on ferait appel sans aucune précaution. Bien au contraire on se doit de l'encadrer de soins appropriés :

1°/ Pour ce qui est de la préparation des malades, nous y avons insisté au début de ce chapitre : repos préalable, mise en confiance, sédatifs nervins. La psychothérapie est particulièrement indiquée dans ses formes névrotiques et constitue avec la cure proprement dite une inégalable thérapeutique de relaxation corticale.

2°/ Une fois la cure terminée, le rôle du médecin est loin d'être fini. Outre la surveillance qui s'impose et le relai éventuel par une protéinothérapie si l'on a des doutes sur la qualité des résultats, l'attention doit se porter avant tout sur le milieu familial ou social du malade qui, si souvent, est loin d'être étranger à ses troubles. Certes la psychothérapie complémentaire n'est pas sans intérêt; mais dans la mesure où le médecin peut arbitrer des conflits familiaux ou décider d'une orientation professionnelle, c'est dans ce sens qu'il rendra les meilleurs services: remontant à la source du mal pour en venir plus sûrement à bout.

Une telle conduite, qui exige autant du gastro-entérologue que du psychiatre, aura une portée suffisante pour ne sacrifier aucun des facteurs si complexes de l'ulcère et associer à sa guérison celle de la maladie générale qu'il reflète.

B/ Second groupe d'ulcères auxquels peut s'appliquer l'hypnothérapie, ceux qui ont résisté aux médications usuelles. Jusqu'à présent, c'est ainsi que se sont présentés la plupart des cas que nous avons été amenés à traiter : sujets porteurs de longue date d'ulcères pour lesquels avait été essayée toute une gamme de traitements : protéinothérapie, bismuth, antispasmodiques.... Rarement ceux-ci avaient échoué purement et simplement. Le plus souvent, leur efficacité n'avait été que transitoire, créant une illusion rapidement dissipée par un proche réveil douloureux. Avant d'opter pour une solution radicale et exposer le malade aux suites fâcheuses que comporte parfois la gastrectomie, on ne risque qu'une heureuse surprise en s'adressant en dernier ressort à la cure de sommeil. Point n'est alors besoin d'exiger de composante psychique qui,

lorsqu'elle existe, n'est qu'un argument de plus. Nous sommes convaincus qu'elle reste efficace dans les ulcères, de loin les plus nombreux, qui évoluent chez des sujets apparemment bien équilibrés. Cette donnée, ajoute FRUMUSAN, n'est nullement en contradiction avec la théorie cortico-viscérale quand on connaît les effets des interoceptions gastriques sur un cortex antérieurement sain et les troubles de la dynamique cortico-gastrique qui en résultent. Pour méconnaître qu'elle puisse être d'abord, la participation corticale ne s'imposera que davantage après une cure de sommeil réussie.

C/ Une réserve est à faire en ce qui concerne les ulcères compliqués, à propos desquels la question n'est pas définitivement tranchée. Bien entendu, il est des éventualités qui rallient tous les suffrages en faveur de l'intervention précoce ou tout au moins de la mise en observation en milieu chirurgical : hémorragie sérieuse chez un ulcéreux reconnu, perforation ou état préperforatif, sténose du pylore avec dénutrition, cancérisation présumée. Mais il est des cas où une opinion plus nuancée n'est pas déplacée :

lorsqu'une hémorragie peu abondante ne met certainement pas les jours du malade en danger immédiat;

lorsque la sténose du pylore est récente et l'état général bien conservé.

Si par surcroît la gastrectomie n'est pas séduisante du fait de l'âge jeune du sujet, de son tempérament névropathe, ou de lésions pulmonaires associées, on est pleinement autorisé à essayer la cure de sommeil :

comme dans une de nos observations, elle peut contre toute attente redresser la situation;

si néanmoins l'intervention n'est pas écartée, celle-ci aura lieu dans les meilleures conditions;

si la cure est un échec, ce n'est pas le court sursis demandé qui aggraverait l'état du malade.

Quant à la cancérisation, c'est l'idée obsédante qui naît de la persistance ou de l'augmentation des lésions radiologiques malgré le traitement. Il en était ainsi d'un de nos malades porteur d'un ulcus particulièrement rebelle pour lequel on discutait une transformation maligne ou un ulcère calleux : pourtant la cure de sommeil en vint à bout. A cet égard, elle nous paraît supérieure aux médications utilisées habituellement dans l'épreuve radio-clinique de GUTMAN, et avec MAX-LEVY et KESTENBERG, nous pensons qu'elle pourrait être employée comme test pour le dépistage précoce des formes à dégénérescence cancéreuse probable : suivant le résultat positif ou négatif, elle permettrait de préciser, dans un délai relativement rapide et sans inconvénient pour le malade, l'indication d'une intervention chirurgicale.

C O N C L U S I O N

Nouvelle venue dans un arsenal thérapeutique déjà imposant, la cure dommeil se révèle un des procédés les plus actifs mis en jeu contre la maladie ulcéreuse. Pourtant, si nous hésitons à reconnaître qu'elle a bouleversé le traitement des ulcères gastro-duodénaux, c'est que nous sommes loin de posséder l'expérience que d'autres en ont. Le jour où s'améliorera l'organisation hospitalière, il n'est pas douteux que l'on pourra utiliser la cure de sommeil sur une plus vaste échelle et élargir considérablement ses indications. Pour le moment :

recourrons-y d'emblée lorsqu'un ulcère a de toute évidence la "marque" du cortex;
faisons-lui appel là où les autres médications ont échoué;

et retenons surtout la leçon qu'elle comporte : comment, passant du laboratoire à la clinique, le thérapeute s'est substitué au physiologue pour faire d'une théorie la source la plus féconde en bienfaisantes réalisations.

Vu : Le Président de Thèse
Professeur : André LEMAIRE

Vu : Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris
L. BINET

VU et PERMIS D'IMPRIMER
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. SARRAILH

T A B L E D E S M A T I E R E S

INTRODUCTION	1 à 4
CHAPITRE PREMIER - Aperçu de la théorie de Pavlov et de la pathologie cortico-viscérale	5 à 12
CHAPITRE II - Maladie ulcéreuse et pathologie cortico-viscérale	13 à 24
CHAPITRE III - La cure de sommeil dans la mala- die ulcéreuse	25 à 53
CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE.	

B I B L I O G R A P H I E

- ASKANAZY : in Virchows Archiv f. Pathol. Anat., 234, III, 1921
- VON BALO : in Wiener Klinische Wochenschrift, 16, 326, 1941
- VON BALO : in Deutsche medizinische Wochenschrift, 64, 479, 1941
- BENEKE ; in Zentralblatt für Path., 996, 1910.
- BENEKE : in Verhandlung d. deutscher pathol. Gesellschaft, 12, 108
- VON BERGMANN : in Deutsch. med. Woch., 65, 1069 et 1112, 1939
- BERNARD A. : Réflexions sur le rôle du système nerveux végétatif dans l'éclosion et l'entretien des ulcères gastro-duodénaux.
In Acta gastro-enterologica Belgica, Mai-Juin 1949, p.390-400.
- BERNARD Cl.: Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux. Paris, J.B. Baillière et Fils 1858.
- BETZ H. : Anatomo-pathologie du système nerveux dans ses rapports avec les affections inflammatoires et nécrotiques gastro-duodéno-jejunaux"
In Acta gastro-enterologica Belgica, 12 Juin 1949, p. 39-50
- BRISSET Ch. et GASHKEL V. : Cure de sommeil et psychothérapie" in "La cure de Sommeil", Masson 1954, p. 13-22
- BRODIE B.C. : in Philosoph. trans.of the Royal Soc. of London, 104,102-106, 1814
- BROWN-SEQUARD : in Archives de Med. Exper. et d'Anat. Path. 17, 27, 553, 1916.
- BURDENKO et MOGILNITZKY : in Zeitschrift für Neurol. u. Psych. 103, 42, 1926
- BYKOV K.M. : "Nouvelles données sur la physiologie et la pathologie du cortex"; in "La Raison" N° 7, p. 5-32.
- CATTAN R. et FRUMUSAN P. : "Le facteur vasculaire dans la maladie ulcéreuse"; in Archives des mal. de l'App. Dig., T.42, N°4, p. 502-531.

- COTTE G. et LATAJET A. : in Lyon Médical, 130, 164-165, 1921
- CUSHING H. : in Surgery, Gynec. and Obstetrics, 55, I, 1932.
- DRAGSTEDT L.R. : in Annals of Surgery, 44, 438-451, 1942
- DRAGSTEDT L.R. : in Annals of Surgery, 978-989, 1943
- DRAGSTEDT L.R. and SWENS : in Proc. of the Soc. for exper. Biol. and Medecine, 53, 152-154, 1943
- DURANTE L. : in Surg. Gynec. and Obst., 22, 399-406, 1916
- EBSTEIN : in Arch. für exper. Pathol. und Pharmak., 2, 183, 1874.
- EXNER et SCHARZMANN : in WIENER Klinische Wochenschrift, 25, 1912
- FIRK J. et BETZ H. : Vue d'ensemble sur les données anat.path. relatives aux rap. des gl. endocrines et du S.N. avec les lésions ulcéro-nécrotiques digestives, in Acta g.e., Belg., 12 Juin 49, p. 53-55.
- FRUMUSAN P. : La cure de sommeil dans la maladie ulcéreuse. in Archives Hospitalières, Août 1954, p. 247-250
- FRUMUSAN P. et CATTAN R. : Réflexions à propos de sept cas de cure de sommeil dans la maladie ulcéreuse; in La Cure de Sommeil - Masson 1954, p. 190-202
- GOETHALS-BORIN J. : Les énérvations du système orto-sympathique de l'estomac et du duodénum dans les ulcères g.d. In Acta g.e. Belgica, 12 Juin 1949, p. 185-211.
- GOVAERTS J. et van GEERTRUYDEN J. Application de la vagotomie au traitement de l'ulcère g.d.; in Acta g.e. Belgica 12 Juin 49, p. 95-168
- HOFF and SHEEHAN : in American Journal of Pathology, II, 789, 1935.
- HOFFAMN and NATHER : in Arch. für Klinische Chirurgie, 115, 650, 1921.
- VON IZEREN : cité par Loeper et Marchal
- KELLER : in Arch. of Pathol. 21, 165, 1936.
- KELLER : in Arch. of Pathol., 21, 126, 1936.
- KESTENBERG J. : Cure de sommeil : indications et contre-indications in Archives hospitalières, Sept. 1954, p. 257-260.
- KORST : in Zeitschrift für die gesamte Neurol. u. Psych., 117, 553, 1928.
- KOURTZINE I.T. : Principes fondamentaux de la pathologie cortico-viscérale - in La Raison, n° 7, p. 71-76.
- LARUELLE L. et REUMONT M. : Le système nerveux végétatif et son rôle dans la pathogénèse de l'ulcère g. intestinal, in acta g.e Belgica 12 Juin 49, p. 5-24

- LEPINE : cité par Von Balo
- LOEPER et MARCHAL : in Presse Médicale, I, 17, 1926
- MAX-LEVY, SAPIR et KESTENBERG : La cure de sommeil en Pathologie digestive. In Arch. des maladies de l'app. digestif, 1952, p. 794-797.
- OBERLING G. et KALLO A : in C.R. Soc. Biol., 102, 832-833, 1929.
- OKKELS : in Amer. Journ. of Pathology, 3, 75, 1927.
- PAVLOV I.P. : Leçons sur l'activité du cortex cérébral. Trad. Fr... Amédée Legrand ed. Paris 1929.
- PAVLOV I.P. : Physiologie de l'activité nerveuse supérieure Trad. Fr. in Orientation de théories médicales en URSS, éd. du centre cult. France-URSS.
- PAVLOV I.P. : Le problème du sommeil. Trad. Fr? in Cahiers de Med. Sov. Déc. 53
- PERMAN : cité par Okkels.
- PERRAULT M. et KLOTZ B. : La pathologie psycho-somatique d'après Pavlov. in Revue du Praticien, tome I, n° 9, p. 529-533.
- PIERI G. : in Ann. italiani Chirurgia, 6, 941-947, 1927
- PIERI G. : in Ann. ital. Chir. II, 53-59, 1932.
- REILLY, RIVALIER, COMPAGNON et LAPLANE : Hémorragies, lésions vasculaires et lymphatiques du tube digestif déterminées par l'injection péri-splanchnique de substances toxiques diverses; in C.R. soc. Biol. 116, II, 24-26, 1934.
- ROKITANSKY : cité par CUSHING.
- ROSSLE : in Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., 299, 359, 1937.
- SAPIR M. et STROUN J. : Indications et conduite de la cure de sommeil, in Archives hospitalières, Août 1954, P. 240-246.
- SCHIFF : in Arch. für physiol. Heilkunde, 13, 30, 1854.
- SEDILLOT C. : Du nerf pneumogastrique et de ses fonctions. Paris imp. Didot jeune, 1829.
- SELYE H. : Textbook of Endocrinology; Montréal 1947.
- SPERANKY : A basis for the theory of Medicine in International Publishes, New-York 1943
- VONDERAHE : in Arch. of. Neurol. and Psych., 41, 872, 1939
- WARE E.R. : in North. Amer. Med. Surg. J; 5, 264-268, 1828
- WATTS and FULTON : in Annals of Surgery, 101, 363, 1935
- WOOD H.C. : in Amer. J; Med. Sc. 59, 395-398
- WOOD H.C. : in Amer. J. Med. Sc., 60, 75-100, 1870.

